

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

657

ANNEE 1966

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean MAZEROLLES

né le 29 mai 1929 à Vichy (Allier)

—
Présentée et soutenue publiquement le :

—
FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DE
L'HOPITAL DE LA PITIE EN 1965

—
Président : Mr. LACOMME, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1966

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Jean MAZEROLLES

né le 29 mai 1929 à Vichy (Allier)

Présentée et soutenue publiquement le :

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITE DE

L'HOPITAL DE LA PITIE EN 1965

Président : Mr. LACOMME, Professeur

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

APRÈS 1900

DOCTORAT EN MÉDECINE

UNION MÉDICALE

DEAN MATERNITÉS

de la 3e mat. (2e à 4e) (Paris)



Présentée en soutenance publique

POUR L'OBTENTION DE LA MATERNITÉ DE

L'HÔPITAL DE LA PÂRIS EN 1902

Président : M. LAGOTTE, Professeur

ÉDITION : 1902

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quènu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :****MM.**

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
	DESGREZ (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
	BOURLIÈRE (F.)
Biologie médicale	COUJARD (R.)
Histologie	LARIVIÈRE (M.)
Parasitologie	LOEPER (J.)
	RICHEL (G.)
Pathologie expérimentale	DEJOURS (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
	TUBIANA (M.)
	FISCHGOLD (H.)
Radiologie médicale	

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	N...
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
Beaujon	PATEL (J.)
— — — — —	GOSSET (J.)
Cochin	SICARD (A.)
Hôtel-Dieu	OLIVIER (Cl.)
Saint-Antoine	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Salpêtrière	PADOVANI (P.)
Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	DUBOST (Ch.)
— — — — — (Foch)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	DUPERRAT (F.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	LAMY (M.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	HUGUIER (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOS (R.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique gynécologique (Broca)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DELAY (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	GASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DEPARIS (M.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MILLIEZ (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)
Cliniques médicales	
Bicêtre	
Broussais	
Cochin	
Hôtel-Dieu	
Lariboisière	
Pitié	
Saint-Antoine	
Saint-Antoine	

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque
	Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puericulture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — — (Pitié)	DOMART (A.)
— — — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZoy (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

et

A MES BEAUX-PARENTS

Avec ma tendre affection.

Témoignage de reconnaissance.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

Hommage reconnaissant.

A TOUS LES MIENS

et A MES AMIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533912_0037

A Monsieur le Professeur M. LACOMME

Professeur de la Chaire de Clinique

à l'Hôpital Baudelocque.

Accoucheur des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre reconnaissance et de notre profond
respect.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques GRASSET

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital
de la Pitié.

Qui m'a confié ce travail.

M'ayant entouré de sa constante et paternelle
bienveillance, il m'a aidé de son enseignement
et m'a permis d'acquérir une précieuse expérience
dans son service.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma
filiale reconnaissance.

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé J. THOYER-ROZAT

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Chef de Service de la Maternité de l'Hôpital Beaujon.

Qui m'a accueilli dans son service
et a guidé mes premiers pas.

Qu'il trouve ici l'expression de mon
fidèle et respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. SENEZE

dont la bienveillance m'a été précieuse.
En témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur J. DAFFOS

dont l'expérience m'a souvent guidé.
En témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur M.M. KLEIN

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui m'a apporté dans l'exercice de chaque
jour l'aide inestimable de ses conseils et
de son exemple.

En témoignage de ma reconnaissance et de mon
amitié.

I N T R O D U C T I O N

Le but de ce travail est l'étude de l'activité obstétricale de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié, sous la direction de notre Maître le Professeur Agrégé Jacques GRASSET, au cours de l'année 1965.

Dans une première partie, nous indiquerons le nombre total des consultations et leur répartition.

La deuxième partie, consacrée à l'obstétrique proprement dite, étudiera successivement :

I - LES AVORTEMENTS

II - LES ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA GESTATION

- Grossesses ectopiques
- Grossesses molaires
- Malformations et anomalies génitales
- Tumeurs utérines et para-utérines
- Excès de liquide et Hydramnios
- Décollement prématuré du placenta normalement inséré
- Insertion basse et placenta praevia
- Insuffisance hormonale.

III - LES ETATS PATHOLOGIQUES COMPLIQUANT LA GESTATION OU ASSOCIES A ELLE.

- Vomissements
- Néphropathies
- Affections urologiques
- Affections cardiaques
- Affections pulmonaires
- Maladies infectieuses
- Maladies endocriniennes.

IV - LES INTERVENTIONS PRATIQUEES AU COURS DE LA GESTATION

V - LES ACCOUCHEMENTS

dans leurs diverses présentations :

Grossesses multiples
Direction du travail.

VI - LES ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

- Accouchements prématurés
- Grossesses prolongées
- Dystocies dynamiques
- Viciations pelviennes
- Obstacles praevia
- Dystocies des épaules
- Complications de la parturition.

VII - LES ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

VIII - LA PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES ET DU POST-PARTUM

IX - LES INTERVENTIONS PRATIQUEES AU COURS DE LA PARTURITION

X - LE FOETUS MORT IN UTERO

LE PREMATURE

LE NOUVEAU-NE A TERME

XI - LA MORTALITE MATERNELLE

XII - Le dernier chapitre sera consacré à l'étude d'un problème d'actualité :

celui de L'ASSOCIATION DU DIABETE ET DE LA GROSSESSE.

- P R E M I E R E P A R T I E -

C O N S U L T A T I O N S

Au cours de l'année 1965, le nombre total des consultations de la Maternité de l'Hôpital de la Pitié s'élève à :

10.390

qui se répartissent de la façon suivante :

- Consultations prénatales	3.690
- Consultations post-natales	297
- Consultations de nourrissons	2.686
- Consultations de gynécologie et stérilité	3.717

ooOoo

- D E U X I E M E P A R T I E -

A C T I V I T E O B S T E T R I C A L E

Femmes hospitalisés		2.038
- Avortements	486	
- Accouchements	1.569	
{ Gémellaires	16 cas	
{ G. triple	1 cas	
{ G. unique	1.535 cas	
Mortalité maternelle		1
Mortinatalité et Mortalité néo-natale		65
Enfants sortis vivants du service		1.504

oOo

Avortements thérapeutiques	4
Grossesses ectopiques	9
Césariennes	91

ooOoo

- C H A P I T R E I -

AVORTEMENTS

- INTRODUCTION

Nous ne traiterons pas ici des avortements thérapeutiques. Ce sujet sera abordé au chapitre IV.

Nous avons relevé pour 1965 : 486 observations d'avortements que nous étudierons sous l'angle clinique.

A - Avant d'envisager les avortements proprement dits, nous ferons une étude :

- des grossesses traumatisées { G. supposées ou réelles,
Intra ou extra-utérines,
dont la plupart sont ressorties en évolution probable, et n'ont pas été revues dans le service.

- et des grossesses menacées observées dans le service.

B - Puis nous étudierons les avortements traités dans le service.

- Dans un premier temps :

1 - Les avortements consécutifs à des manoeuvres avérées :
188 cas.

Les conséquences observées, qu'elles soient banales, ou plus rares et souvent graves, et le traitement institué outre l'antibiothérapie.

2 - Les avortements pour lesquels on peut supposer avoir trouvé une cause responsable : 31 cas.

3 - Puis le groupe important des avortements sans étiologie patente :

en distinguant : { avortements fébriles : 111 cas.
et non fébriles : 146 cas.
leurs complications éventuelles et leur traitement.

- Dans un deuxième temps, nous ferons un rappel global du nombre des complications sérieuses observées, des interventions pratiquées, et des réanimations nécessaires.

C - Enfin, il nous a paru intéressant d'étudier dans une courte statistique la fréquence des avortements provoqués, en fonction de la parité.

Ce n'est évidemment que l'un des facteurs déterminant la décision de la femme, et il sera intéressant de pousser plus loin l'enquête pour tenter de préciser les éléments vraiment déterminants (médicaux, familiaux, sociaux, psychologiques) qui ont amené la femme à refuser sa grossesse.

Un prochain travail du service tentera d'apporter des données à cet intéressant problème.

A - GROSSESSES TRAUMATISEES - GROSSESSES MENACEES

I - GROSSESSES TRAUMATISEES

- Grossesses ectopiques traumatisées : 2 cas sans N°.

- Manoeuvres sur grossesses supposées : 1 cas de lésions par comprimés de Permanganate (sans n°.)

- Manoeuvres sur grossesses réelles. Pour la plupart ces femmes, après un 1er séjour dans le service n'ont pas été revues.

- Lésions par comprimés de Permanganate ; 5 cas sans n°, dont un cas ayant nécessité une réanimation sérieuse. On ne peut juger de l'effet éventuel de telles lésions sur la dilatation, celles de ces femmes qui accoucheront n'étant pas encore à terme.

- Le plus souvent il s'agit de sondes souples, théoriquement intra-utérines.

- Grossesses apparemment en évolution à la sortie du service. Observations non numérotées.

- N'ayant entraîné aucun trouble	3 cas
- Métrorragie fugace	6 cas
- Métrorragie persistante	3 cas
- Endométrites	15 cas
- Endométrite avec périmétrite	1 cas

- Grossesses apparemment en voie d'interruption, sorties sur demande 4 cas.

- Un simple curage { 2 observations sans n°.
5, 48, 93, 160, 233, 239, 242, 303,
308, 315, 333, 382, 397 (cloison),
416, 457.
Après laminaires : 375, 451.

- Un curage terminé à la curette { 1 observation sans n°. 18, 217, 219, 256, 272, 328, 332, 452, 454.
- Après laminaires : 1 observation sans n°, 77.
- Curetage : 105 (2 fois), 126, 177, 329.
- Après laminaires : 130, 279.

3 - RETENTIONS INFECTÉES ayant nécessité :

- Curage { 4 observations sans n°, dont un utérus cordiforme 7, 9, 13, 14, 24, 165, 179, 182, 215, 236, 244, 268, 293, 334, 351, 357, 367, 373, 387 (gémellaire) 393, 400, 421, 422, 424, 434, 444, 448, 449, 460.
- Après laminaires : 194, 429 (utérus cordiforme)
- Curage et curetage { 2 observations sans n°. 11, 27, 31, 32, 102, 117, 125, 157, 163, 178, 229, 244, 276, 277, 302, 306, 343, 350, 377, 403, 418, 427.
- Après laminaires : 17, 98, 116, 169, 190, 335.
- Curetage { 1 observation sans n°. 152, 156, 203, 226, 234, 274, 280, 281, 324, 334.
- Après laminaires : 128, 170, 223, 257, 265, 314, 330, 348, 349.
- Après dilatation aux bougies : 25
- Après laminaires et bougies : 254.

4 - RETENTIONS HÉMORRAGIQUES

- Sans gravité { Curage : 2 observations sans n°. 29, 148, 414, 422.
- { Curage + curetage : 191, 273
- { Après laminaires : 289
- { Curetage après laminaires : 90
- { Curetage après dilatation aux bougies : 291
- Ayant nécessité une réanimation { Curage : 3 observations sans n°. 34, 211, 346, 432,
- { Curage + curetage : 97
- { Curetage après dilatation aux bougies : 359.

5 - RETENTIONS INFECTÉES ET HÉMORRAGIQUES

- Sans réanimation : Curage + Curetage : 283.
- Avec réanimation : Curage : 147
- Curage + curetage : 1 cas. sans n°.

6 - AVORTEMENT COMPLET : Simple surveillance.

3 observations sans n°, 45.

7 - COMPLICATIONS PLUS RARES

- Perforation utérine : 1 cas (442), découvert au curage d'une rétention infectée, sous-péritonéale.
Suites simples.
- Complications infectieuses régionales
 - Endométrite avec réaction annexielle
Curage : 147
Curage + curetage : 340
Curetage : 226 (dans les suites du curetage)
 - Périrétrites
Curage : 213, 214
Curage + curetage : 356, 360, 365
 - Diffusions péritonéales fugaces
Curage + curetage : 277, 356
 - Phlegmon ligneux du ligament large : 1 cas sans n°, régression spontanée lente.
 - Rétentions infectées avec pelvipéritonite
345 - Curage. Séquelles annexielles gauches
391 - Bougies. Curetage.
- Complications infectieuses générales
 - Bactériémie à Protéus : 1 cas (447). Laminaires, curetage, guérison.
 - Septicémies hémolytiques : 2 cas
261 - Sonde à 2 mois. Septicémie. Hémolyse. Ictère. Hémocultures négatives. Curage. Abscesses de la fesse dans les suites. Sort guérie après 1 mois 1/2.
437 - Sonde à 1 mois 1/2. Rétention placentaire fébrile. Curage. Subictère le lendemain, mais antécédents vésiculaires. Cholécystite aiguë ? Au 3ème jour : oligurie, hémoglobinurie, urée 2,50. Transférée chez le Pr. Derot.
- Complications du Post-Abortum immédiat
 - 226 - Réaction annexielle
 - 231 - Phlébite d'un membre inférieur.

II - AVORTEMENTS POUR LESQUELS ON PEUT SUPPOSER AVOIR TROUVE UNE CAUSE RESPONSABLE.

- Avortements fébriles : 4 cas.
 - 54 - Endométrite. Curage. Fibrome sous muqueux
 - 296 - " " Béance possible
 - 158 - Rétention infectée. Curage. Gemellaire
 - 161 - Rétention infectée et hémorragique. Curage.
- Mais surtout avortements apyrétiques : 20 cas.

- 72 - Femme ayant une hémiparésie d'apparition récente, sans cause apparente. Oeuf complet. Curage.
- 2 diabétiques mal équilibrées. Curage.
- 7 cas avec insuffisance hormonale :
 - Observation sans n°. Curage.
 - 23 - Insuffisance hormonale traitée (2è FCS) Curetage
 - 43 - (2è FCS) id° Oeuf complet. Curage
 - 58 - (3è FCS) id° Laminaires. Curetage
 - 61 - (2è FCS) id° " "
 - 186 - (3è FCS) id° Curage
 - 197 - (2è FCS) " "
- 8 cas d'incontinence cervicale :
 - 2 observations sans n° : G. (5è FCS). Curetage
Fon. (2è FCS)
 - 56 - Béance + insuffisance hormonale (4 AP) Curage
 - 53 - (2è FCS)
 - 82 - (2è FCS), (6 mois et 5 mois 1/2)
 - 229 - (3è FCS)
 - 286 - Laminaires. Curage. Curetage
 - 381 -
- 2 cas de polymalformations fœtales :
 - 881 - Curage
 - 119 - Méningocèle. Curage + Curetage
- 1 cas d'insertion basse : 166 (2è FCS). Curage
- 1 cas avec anomalie histologique du placenta, sans n° (2è FCS). Curage.
- 1 cas de malformation utérine, sans n°. Utérus bicervical (3è FCS) Curetage.
- Après appendicectomie : 228 (grossesse de 2 mois). 3 jours après appendicectomie, rétention hémorragique. Curage. Transfusion.
- Enfin, 3 avortements molaires : 11 bis (à 1 mois 1/2)
200 (à 7 semaines)
341 (à 3 mois).

III - AVORTEMENTS POUR LESQUELS ON N'A PAS RETROUVE D'ETIOLOGIE

1 - AVORTEMENTS NON FEBRILES D'ORIGINE NON PRECISEE

- a - Oeufs complets : Sans intervention : 5 observations sans n°
et 2, 309, 355
Avec curage : 1 observation sans n°
109, 206, 241, 290, 331,
350, 369, 390,
Avec curetage : 401
après laminaires : 67
- b - Rétentions simples :
 - Avec curage : 14 observations sans n°

- 1, 39, 83, 100, 118, 122, 164, 181,
220, 225, 232, 253, 263, 297, 313,
318, 345, 358, 395, 398, 405, 445,
après laminaires : 323, 380
- Curage + curetage : 36, 101, 111, 218, 287, 336, 436,
439.
après laminaires : 149, 262, 270, 284, 317, 327,
389, 438.
- Curetage : 2 observations sans n°.
15, 31, 49, 146, 249, 260, 267, 304, 354,
368.
après laminaires : 2 observations sans n°.
41, 44, 183, 189, 209, 364, 946.

c - Rétentions hémorragiques :

- Sans réanimation : { Curage : 2 observations sans n°.
21, 41, 208, 322, 435.
Curage + curetage :
167, 311, 382, 425, 446.
après laminaires : 40, 185.
Curetage : 1 observation sans n°.
221, 247, 259, 295, 385.
après laminaires : 37, 235,
304, 459.
après bougies : 1 obs. sans n°.
- Avec réanimation : { Curage : 1 observation sans n°.
107, 142, 222, 227, 288,
362, 370, 399.
Curage + curetage :
24, 76, 264, 316, 342,
378, 422.
Curetage après laminaires :
1 observation sans n°.

d - Interventions diverses :

- Sans n°. - 3 mois 1/2. Perfusion. Curage.
- " " - Extraction de siège. Curage.
- 430 - Extraction d'épaule. Curage.

e - Complications du Post-Abortum immédiat :

- Annexites - Sans n° . Avortement gémellaire. Curage.
Annexite gauche.
- 62 - Annexite après curage
- 128 Péricérite après laminaires et
Curetage.
- 180 Rétention hémorragique. Curage.
Réaction annexielle droite.
- Embolie cérébrale au 2ème jour, après curetage pour ré-
tention hémorragique.
- Hémorragie au 15ème jour (122), cédation au traitement
médical.

2 - AVORTEMENTS FEBRILES D'ORIGINE NON PRECISEE

a - Oeufs complets : 3 observations sans numéro.

b - Endométrites :

Avec curage : 6, 38, 47, 50, 55, 69, 75, 79, 139, 141,
151, 212, 250, 294, 347.

Curage et curetage : 2 observations sans n°.
57, 243, 252, 278, 307.

Curetage : 127, 176, 238, 266.

c - Rétentions infectées :

Curage : 4 observations sans n°.

4, 68, 71, 80, 115, 138, 325, 360, 363, 379,
411, 415, 419, 420, 426, 440, 443.

après laminaires : 320.

- Curage et curetage : 2 observations sans n°.

96, 99, 134, 196, 202, 210, 285,
309, 394, 402, 404, 407, 408, 428,
441, 453.

après laminaires : 16, 230, 251, 272, 321, 337.

- Curetage : 63, 140, 300, 338, 384, 435.

après laminaires : 1 observation sans n°.

87, 113, 125, 271, 272, 319.

d - Rétentions infectées et hémorragiques :

- Sans réanimation

Curages : 161, 388.

Curage + curetage : 417, 440.

après laminaires : 187.

Curetage : 386.

- Avec réanimation

Curage : 33, 312, 396.

Curage + curetage : 112, 152, 216,
409, 413.

Curetage : 1 observation sans n°.
171.

après laminaires : 88.

e - Complications plus rares :

Complications infectieuses régionales.

- Péricérite, observation sans n°. Rétention infectée.
Curage + curetage.

- Diffusion péritonéale fugace, observation sans n°.
Endométrite. Curage + curetage.

f - Complications du Post-Abortum immédiat :

- Observation sans n°. Rétention infectée. Curage. Embolie.
Vivante.

- 431 : Rétention infectée. Curage + curetage. Subfébrile dans les suites, image du sommet gauche non précisée. Embol septique ?

- BILAN GLOBAL CONCERNANT LES AVORTEMENTS :

- 1 - MORTALITE MATERNELLE : nulle, pour 486 observations.
- 2 - TRANSFUSIONS PRATIQUEES : 41 cas ayant nécessité 2 ou plusieurs flacons, et répartis de la façon suivante :
- Avortements provoqués : 12 cas, soit 6 %.
 - Fausses couches spontanées : 1 cas, soit 3 %.
 - Avortements fébriles : 11 cas, soit 7 %.
 - Avortements non fébriles : 17 cas, soit 15 %.
- 3 - INTERVENTIONS EFFECTUEES :

	FCP	FCS	FC ss T°	FC av T°	TOTAL
Sans interventions	4	1	8	3	16
Simple curage digital	80	25	69	43	217
Curage après laminaires	4	/	2	1	7
Curage + curetage	53	2	20	35	110
Curage + curetage ap.lam.	9	1	10	7	27
Curetage seul	20	2	20	14	56
Curetage ap. laminaires	13	/	16	8	37
Curetage après bougies	4	/	1	/	5
Curetage ap. lam.+bougies	1	/	/	/	1
TOTAL	188	31	146	111	486

4 - COMPLICATIONS OBSERVEES :

	FCP	FCS	FC ss T°	FC av T°	TOTAL
Aucune complication	/	1	19	3	23
Endométrite	22	2	/	75	99
Rétentions simples	37	22	75	/	134
Rétentions infectées	88	1	/	60	149
Rétentions hémorragiques	20	5	42	/	67
Rétentions inf. et hémor.	3	/	/	19	22
Perforation	1	/	/	/	1
Compl. inf. régionales	13	/	4	2	19
Compl. inf. générales	3	/	/	/	3
Complications veineuses	1	/	/	/	1
Embolies	/	/	1	1	2
Hémor. du Post-Abortum	/	/	/	1	1

- EN CONCLUSION DE L'ETUDE CLINIQUE DES AVORTEMENTS :

Il ressort :

1 - dans l'immédiat :

- la très grande fréquence des complications mineures, accessibles aux traitements simples et efficaces dont nous disposons actuellement.

L'infection et l'hémorragie sont certes l'apanage des avortements criminels, mais la fausse couche la plus spontanée n'en est pas exempte.

- La rareté actuelle des complications vraiment graves, et l'amélioration de leur pronostic.

2 - Mais il faut insister sur les complications lointaines : infection chronique et stérilité tubaire, qui sont les plus graves sur le plan pronostique.

Le processus d'évacuation doit être l'objet d'une attention particulière, et évitera au maximum le traumatisme.

Chaque fois que cela a été possible, on a préféré le curage digital au curetage, en raison de ses meilleures suites.

Le traitement préventif des suites infectieuses lointaines nous paraît un geste tout aussi important que l'acte purement obstétrical.

Un traitement de deux jours après une fausse couche ne nous semble pas raisonnable, car il faut songer à préserver l'avenir fonctionnel de ces malades.

C - ETUDE STATISTIQUE SUR LES AVORTEMENTS PROVOQUES

1 - Essai de classification concernant les 188 avortements effectifs provoqués en 1965, en fonction :

- du nombre d'enfants de ces femmes,
- et du nombre de leurs fausses couches antérieures.

Nombre de F.C.	Nombre d'enfants										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	TOTAL
1ère	47	24	23	11	4	5	2		1	1	118
2ème	5	13	9	5	2						34
3ème	2	2	4	5		3	1	1			18
4ème		3	5	2		1					11
5ème			1	1							2
6ème		1									1
7ème	1										1
8ème				1							1
9ème											
10ème				1							1
11ème							1				1
TOTAL	55	43	42	26	6	9	4	1	1	1	188

2 - Essai de classification compte tenu du nombre total de leurs fausses couches antérieures chez 187 de ces femmes, en fonction du nombre de leurs enfants.

De l'étude des tableaux qui précèdent, où nous n'avons tenu compte que du nombre des fausses couches provoquées certaines de l'année 1965, il ressort assez nettement que, du moins pour cette série :

- les femmes qui ont refusé leur grossesse étaient en majorité des femmes
 - qui n'avaient pas d'enfant,
 - ou qui en avaient un ou deux.

Cette série est évidemment trop courte pour conclure, d'autant que ces chiffres sont en contradiction avec les résultats des statistiques publiées dans la plupart des pays où la multiparité est observée entre 60 et 80 %.

Il sera intéressant sur ce point de connaître les résultats de la statistique plus étendue entreprise actuellement dans le service.

ooOoo

- C H A P I T R E II -

COMPLICATIONS DE LA GESTATION

I - GROSSESSES EXTRA-UTERINES (observations non numérotées)

Au cours de l'année 1965 DIX grossesses ectopiques ont été diagnostiquées et opérées.

Parmi elles, deux avaient été traumatisées.

Le diagnostic a été fait :

- 3 fois cliniquement, les 3 étaient rompues ou fissurées :

- Geo.. Manoeuvres sur grossesse de 2 mois, saigne peu, température normale, agitation, météorisme, tension basse, douglas douloureux, salpingectomie.
- Dau.. Syndrome d'inondation péritonéale à 1 mois 1/2. Grossesse ampullaire gauche rompue. Salpingectomie.
- Cou.. Syndrome d'inondation, avortement tubo-abdominal droit, salpingectomie.

- Une fois sous anesthésie générale, c'était une hématocele :

- Osm.. Précédent de GEU, traitée pour stérilité, aspect clinique évocateur, mais la douleur empêche toute analyse au T.V. Sous anesthésie on reconnaît l'hématocele. Laparatomie, ampullaire droite, salpingectomie.

- Une fois à la ponction du douglas :

- Sto.. Aspect clinique évocateur, douleur au T.V. sans masse bien individualisée. Ponction ramenant du sang noirâ-

tre. Laparatomie, avortement tubo-abdominal en cours.
Salpingectomie.

- 3 fois par coelioscopie, 3 ectopiques non rompues :

- Gen.. Grossesse de 2 mois, suspicion clinique.
Ponction blanche, coelio : GEU isthmique gauche
non rompue, salpingectomie.
- Edm.. Grossesse de 1 mois, suspicion clinique. Pas de
ponction. Coelio : sang dans le douglas, ampullaire
gauche non rompue, salpingectomie.
- Hot.. Grossesse de 3 semaines, suspicion clinique.
Coelio : ampullaire gauche non rompue,
salpingostomie, énucléation, suture.

- Une fois à la laparatomie :

- Fes.. Précédent de GEU gauche, grossesse de 1 mois 1/2
traumatisée, suspicion clinique suffisante pour opé-
rer, infundibulaire droite, salpingectomie.

- Nous mettrons à part une observation de G. ABDOMINALE

Chez une diabétique (222)
Antécédent de FC à 6 mois, lors d'un coma diabétique. Pour la
2ème grossesse, prise en charge à la 19ème semaine.
Coma diabétique à la 28ème, mort in utero.
Rétention au-delà de la date du terme.
Tentative d'évacuation qui fait porter le diagnostic.
Laparatomie, foetus abdominal avec placenta inséré sur le
fond utérin qui est détruit. Hystérectomie totale conserva-
trice des ovaires. Phlébite dans les suites, abcès de paroi.
La malade sort en bon état.

Il paraît inutile de souligner l'apport de la coelioscopie dans le
diagnostic précoce des grossesses ectopiques.

II - GROSSESSES MOLAIRES

3 observations d'avortements molaires.

- Bes.. 49 ans, 2 accouchements naturels à terme, FCS. 3ème
grossesse : à 1 mois 1/2, toxémie précoce, métrorra-
gies, utérus accordéon, Hémorragie grave, curage.
- 341 17 ans, première grossesse de 3 mois.
Toxémie précoce.
Métrorragies, utérus trop gros, kystes ovariens
bilatéraux.
Hémorragie, évacuation.

- Pei... 24 ans, 2ème grossesse de 7 semaines.
Expulsion hémorragique.

Ces 3 malades sont sous surveillance.

III - MALFORMATIONS et ANOMALIES GENITALES

Nous avons relevé 9 observations.

Malformations utéro-vaginales : 8 cas.

- Un avortement : Sta.. 3è FC à 2 mois. Utérus bicervical.
- Sept accouchements.

Cloison vaginale isolée

- 1556 5è pare de 29 ans. Accouchement naturel à terme 3160.
La cloison se rompt lors de l'expulsion.

Utérus cloisonné unicervical

- 33 Avec cloison vaginale. Accouchement naturel 7 mois 1/2, 2580 g.
Résection de la cloison.
- 788 FCS, accouchement naturel à terme, siège, pour sa 4ème grossesse : Accouchement naturel 7 mois 1/4, 3710, hémorragie après la délivrance. Révision utérine qui découvre la malformation.

Eperon corporeal

- 504 Primipare de 20 ans. Présentation de l'épaule.
Césarienne en début de travail, 2860 g.

Utérus bicorne

- 471 Césarienne, forceps à 7 mois 1/2, découverte d'un éperon à la délivrance artificielle.
Ici, 2ème césarienne systématique, cicatrice déhiscente, 3400, suture, stérilisation.
- 791 2è pare de 22 ans, 3 FCS, découverte d'un utérus bicorne. Césarienne pour épaule, ici : 2è césarienne systématique, 3200 g.

Utérus bicorne avec corne rudimentaire, 1485, 28 ans.

Première grossesse, ectopique dans la trompe correspondante à l'utérus rudimentaire, rompue à 5 semaines. Résection de la corne atrophique. Ici, 2è grossesse, sous traitement progestéronique continu. Accouchement naturel à terme : 3500 g.

Kyste du vagin :

- 657 6è pare de 31 ans, accouchement normal à 8 mois, 2760.
Kyste de la paroi postérieure du vagin, gros comme un oeuf de pigeon, ne gênant pas l'expulsion.

IV - TUMEURS UTERINES et PARA-UTERINES

Fibromes 4 observations

- 114 Primipare de 34 ans. A 2 mois 1/2 découverte de 4 myomes (un sus-isthmique, et 3 du fond).
A 5 mois 1/2, nécrobiose d'un myome du fond.
Cédation sous traitement médical. Accouchement naturel à terme.
- 889 Primipare de 26 ans. Myomectomie à 2 mois 1/2 pour nécrobiose n'ayant pas cédé au traitement médical.
Forceps après perfusion, à terme 4560 g.
- 962 3è pare de 36 ans. Gémellaire à terme, accouchement naturel à terme enfant décédé, cette fois à 3 mois fibrome douloureux. Dosages bas, traitement hormonal, normalisation, accouchement naturel à terme 3110.
- Dje.. 12 accouchements naturels à terme (8 enfants), FC 5 mois. Cette fois, à 4 mois nécrobiose, traitement médical, cédation.
Malade perdue de vue.

Kyste de l'ovaire 1 observation.

- 618 Primipare de 28 ans, découverte en fin de grossesse d'un kyste de l'ovaire comme un petit oeuf de poule, praevia.
Tentative de voie basse, mais à grande paume, proci-
dence avec souffrance foetale.
Césarienne suivie de kystectomie. Histo : kyste séreux.

V - RETENTION D'URINE : 1 cas.

- 296 3è geste (Accouchement prématuré 6 mois 1/2, très rapide, FCS 2 mois 1/2).
A 3 mois 1/2 : rétention aiguë d'urine, sans rétro-
version. Deux mois après, rupture des membranes et
expulsion rapide. Cette histoire évoque une béance,
mais la femme avait 38°3.

VI - EXCES de LIQUIDE et HYDRAMNIOS

Nous avons relevé 15 excès de liquide et 3 hydramnios.

Parmi les excès de liquide :

13 diabétiques 121 (26^e semaine), 636 (26^e)
1186 (28^e), 34 (29^e), 1149 (29^e),
1083 (30^e), 980 (32^e), 979 (8^e mois),
986 (34^e), 113, 388 et 1533 (35^e)
1387 (37^e).

2 non diabétiques : 1067 2^e pare 18 ans, gros oeuf,
gros enfant.
1466

Parmi les hydramnios : 3 cas, tous chez des diabétiques.

- 963 Hydramnios à la 29^e semaine, mort in utero.
- 1149 " " " 33^e
- 1533 " " " 37^e

Le problème des corrélations entre l'apparition des anomalies ovulaires, la date de leur apparition, et l'équilibre du diabète sera repris au chapitre XII.

VII - DECOLLEMENTS PREMATURES DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE

Nous avons relevé 8 cas d'hématomes rétro-placentaires avec enfants morts.

- Un cas d'origine traumatique

- 565 Polytraumatisme avec fracture du bassin. Mort in utero le jour même, accouchement 3 jours après, à 7 mois, placenta complètement décollé.

- Et 7 cas de décollements spontanés

- un cas sans toxémie :

- 1404 23 ans (môle, FCS), pour sa 3^e grossesse, à la 25^e semaine : Hématome rétro-placentaire. Bilan ultérieur normal.

- Cinq cas avec toxémie

- 268 4 accouchements naturels à terme (2 malformés) 2 FCS.
Pour sa 7^e grossesse, hématome rétro-placentaire à 8 mois 1/2.
- 601 2^e grossesse. Pour la 1^{ère} mort in utero à 7 mois sans renseignement, ici, à 24 ans, hématome rétro-placentaire à 7 mois.
- 604 4 accouchements naturels à terme et 2 FC. 45 ans, pour sa 7^e grossesse hypertension artérielle à 7 mois, baissant sous traitement, à 8 mois 1/2 hématome rétro-placentaire de 850 cc.

- 1477 2è pare de 21 ans, accouchement en ville d'un mort né, cupule sur le placenta.
- 1517 13è pare de 41 ans. Hématome rétro-placentaire à 5 mois.
- Un cas de diabète avec toxémie récidivante
 - 1099 II° pare de 25 ans, hématome rétro-placentaire à 7 mois.

VIII - INSERTION BASSE DU PLACENTA ET PLACENTA PRAEVIA

- Insertions basses simples : 5 cas.
 - 3 accouchements prématurés
450, 870 et 1451 (menace avec insuffisance hormonale traitée, accouchement prématuré 8 mois, 2300 g., petit côté 6 cm).
 - 2 accouchements à terme :
 - 788 3è pare de 36 ans, hémorragie après la délivrance, la révision utérine découvre un utérus double, uni-cervical, avec insertion basse.
 - 872 4è pare de 28 ans. Accouchement naturel à terme 2700 g.
- Placenta Praevia : 9 cas.
 - Aucun cas de placenta central
 - Placenta marginal : 1 cas
 - 892 Primipare de 27 ans. Hémorragie en début de travail, rupture artificielle des membranes. Accouchement naturel à terme 3 kg. Transfusion, révision utérine, Petit côté = 0 cm.
- Placenta latéral : 7 cas.
 - 6 accouchements prématurés :
 - 260 4è pare 25 ans, métrorragie d'abondance moyenne à 8 mois 1/2, entre en travail, rupture artificielle. Accouchement naturel 2900 g.
 - 362 12è pare 32 ans. Hémorragie à la 30è semaine. Dosages très bas, traitement. Accouchement prématuré à 7 mois, 1410 g.
 - 658 5è pare 31 ans. Saigne à plusieurs reprises au 7è mois, anémie importante, transfusions. Rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré à 8 mois, 2400 g.
Petit côté = 5 cm.
 - 828 Métrorragies à 8 mois 1/4. Rupture prématurée des membranes, accouchement naturel à 8 mois 1/2, 2800 g., petit côté 7 cm.

- 1115
- 1218

- un accouchement à terme :

- 331 7è pare de 33 ans. Première césarienne au 5è enfant pour praevia, enfant mort. Hémorragie en début de travail, rupture artificielle, forceps pour indocilité. Petit côté 2 cm.

- Insertion non précisée :

- 1153 2è pare de 40 ans. Maladie d'Addison.
A 7 mois 3/4 hémorragie en début de travail.
Césarienne, 2840 g.

Au total : une seule césarienne,
mais 9 accouchements avant terme.
Tous les enfants sont vivants.

IX - INSUFFISANCE HORMONALE

Nous n'aurons pas en vue ici les avortements consécutifs à une insuffisance hormonale, traités au chapitre I.

Les grossesses dont on a suivi les éliminations hormonales appartiennent à deux grands groupes :

- 1 - Grossesses marquées d'accidents évolutifs ou chez des femmes ayant des antécédents d'avortement ou d'accouchements prématurés, ou encore de mort in utero.

Nous serons bref sur ce sujet qui a été l'objet de multiples publications, nous contentant de relever 16 cas en indiquant les résultats obtenus après traitement, selon la variété et l'importance de l'insuffisance.

a - Insuffisance globale

- Légère 948- Menace à 1 mois 1/2, éliminations à la limite inférieure, traitement, accouchement naturel à terme, 3220.
1466 Menace en début de 1ère grossesse, traitement, accouchement post-terme : anencéphale.
1497 3è pare, accouchement naturel à terme 4000 g.
- Moyenne 284- Traitée depuis 4 mois, non compensée, métrorragie à 6 mois, mort in utero à 6 mois 1/2.
288- 2è geste, FCS, ici accouchement naturel à terme.
311- 2è pare, mort in utero à 7 mois 1/2.
362- 2è pare (Accouchement prématuré) normalisation sous traitement.
Accouchement naturel à terme 3560 g.

- 377- 3è geste (2 FCS à 5 mois 1/2 et 3 mois 1/2)
Accouchement naturel à terme 3140 g.
- 379- 4è geste (FCP, FCS, ANTD sous traitement)
ici Accouchement naturel à terme sous traitement
3500.
- 710- 7è geste, 5 enfants, un macéré. Menace d'accouchement prématuré, accouchement prématuré à 7 mois 1/2 malgré traitement, 2320.
- 954- 3è geste, insuffisance dépistée et traitée au 4ème mois, accouchement prématuré 8 mois 1/2, 2900.
- 962- 3è geste, dépistage à l'occasion d'un fibrome douloureux. Normalisation, accouchement naturel à terme 3100.
- 1422 3è geste, insuffisance traitée à chaque grossesse, accouchement naturel à terme 3620 g.
- 1524 9è geste (3 accouchements naturels à terme, 4 accouchements prématurés, accouchement naturel à terme) traitée depuis 6 mois 2/3, accouchement naturel à 7 mois 2/3 2080 g.
- Sévère 659- 7è geste, dépistage pour métrorragies à 6 mois. Accouchement très prématuré 880, décédé.

b - Insuffisance Folliculinique isolée

- 45 - Primigeste, menace d'accouchement prématuré, non compensée. Accouchement naturel 8 mois 1/2, 2880 g.

Au total : 11 accouchements au voisinage du terme
1 accouchement après terme (anencéphale)
4 accouchements nettement prématurés.

Avec { 13 enfants vivants
(et 3 morts { - anencéphale né vivant
 { - 880 g. à 6 mois, mort à la 2è heure
 { - 800 g. à 6 mois 1/2, macéré.

2 - GROSSESSES s'accompagnant de circonstances plus particulières.

a - Insertion basse avec hémorragie :

deux cas seulement ont donné le temps de faire des dosages, sur 9 cas observés.

- 362 Insuffisance sévère. Accouchement prématuré à 7 mois, 1410 g.
- 1451 Métrorragies au premier trimestre, accouchement à 8 mois 2300 g. Petit côté = 6 cm.

b - Insuffisance hormonale dans les incontinenances cervicales

Sur 5 observations de béance nous relevons 3 insuffisances hormonales.

1050 traitée, ira à terme,
Dub.. encore en évolution à 8 mois 1/2
Pac.. encore en évolution à 8 mois 1/4

Devant cette fréquence de l'insuffisance hormonale en cas d'incontinence cervicale, on peut se demander s'il s'agit là d'une simple coïncidence, ou si l'insuffisance hormonale n'est pas en rapport avec une endométrite chronique à traiter systématiquement avant toute nouvelle grossesse.

Une telle manière de faire nous a permis d'observer plusieurs fois des éliminations normales à une nouvelle grossesse, alors qu'elles étaient perturbées aux grossesses antérieures.

c - Insuffisance hormonale dans les grossesses de diabétiques

Nous nous contenterons de rapporter ici que sur 15 de nos diabétiques chez lesquelles nous avons pu suivre régulièrement les éliminations hormonales, nous relevons :

- 6 cas d'insuffisance hormonale,
- et 9 cas d'éliminations normales.

Nous réservant, au chapitre XII de discuter pour savoir si l'existence d'une insuffisance hormonale mérite qu'on lui accorde une valeur pronostique.

- C H A P I T R E I I I -

GESTATION ET ETATS PATHOLOGIQUES

I - VOMISSEMENTS AU COURS DE LA GROSSESSE

25 femmes ont été hospitalisées pour vomissements, toutes pendant les trois premiers mois de leur grossesse.

- Dans un cas il s'agissait d'un seul vomissement, isolé, mais sanglant. Aucune étiologie n'a été retrouvée.

- Dans un autre cas on a cru trouver une cause organique : H- 2 mois, suspicion d'appendicite chronique, appendicectomie, cessation des vomissements.

- Dans les 23 autres cas, il s'agissait de vomissements gravidiques.

- Le plus souvent de type habituel que nous avons classés en deux catégories :

- Les vomissements sans déshydratation

Les uns ont cédé au seul isolement : 8 cas

A-C-F-K-M-N-R et 315

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 6 jours.

D'autres ont nécessité un traitement associé à l'isolement : 12 cas.

Perfusions sucrées, vitamines, largactil, corrections électrolytiques.

B-D-G-I-L-O-Q-S-T-U-V-W

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 12 jours, avec pour un cas (V) deux hospitalisations successives, la femme ayant rechuté dès sa sortie.

Un seul cas a résisté au traitement habituel, mais a cédé définitivement à un seul lavage gastrique. L'hospitalisation a été de un mois.

- Une seule malade présentait un état sérieux avec déshydratation, (P) première grossesse de 2 mois, chute pondérale importante, déséquilibre ionique, 6 jours après, la malade sortait guérie, pour se marier.
- Dans un cas seulement, les vomissements avaient des caractères inhabituels.
296 ils étaient peu fréquents, sans retentissement, mais ont duré pratiquement toute la grossesse. Le bilan général n'a pu retrouver aucun substratum organique.

II - NEPHROPATHIES AU COURS DE LA GROSSESSE

A l'occasion de 23 cas, nous envisagerons successivement :

- les néphropathies survenues chez des femmes apparemment sans antécédents.
- les néphropathies survenues chez des femmes à antécédents connus,
- et les néphropathies gravidiques récidivantes.

I° - Néphropathies survenues chez des femmes sans antécédents

1 - Néphropathies précoces : 4 cas

- Deux grossesses molaires :

{ Dup.. à 3 mois, triade,
 { Bes.. 1 mois 1/2, triade.

- Une grossesse gémellaire 583/84

- Dra.. 2è geste de 30 ans, albuminurie intermittente depuis le 2è mois. Bilan rénal normal. Insuffisance hormonale non compensée par le traitement.
Interruption à 2 mois 1/2, évacuation au 6è mois.

2 - Néphropathies du deuxième trimestre : 2 cas

- 1250 - 2è geste de 27 ans. Hypertension artérielle, albumine, apparues au 6è mois. Bilan normal. Accouchement d'un macéré à 7 mois 1/2. Bilan normal après la grossesse.
- 1567 - Primigeste de 19 ans, grossesse non suivie, hypertension artérielle, albumine à 6 mois 1/2, accouchement d'un macéré à 7 mois, n'a pas fait le bilan demandé dans le post-partum.
- 1517 - 13è geste de 41 ans. Hématome rétro-placentaire à 5 mois.

3 - Néphropathies du troisième trimestre : 13 cas

- Avec un seul signe de la triade toxémique

Albumine 1041 - 6^e geste 33 ans, au cours des deux derniers mois. Bilan rénal normal. Accouchement naturel à terme.

1534 - 2^e geste 32 ans, à 8 mois albuminurie persistante après infection urinaire. Bilan rénal normal, accouchement naturel à terme.

Hypertension 604 (cf infra)

- Avec deux signes associés

Oedèmes-albumine 1018 - Primigeste de 22 ans

AN à 8 mois, 2000, RAS, régression

Oedèmes-hypertension

195 - primigeste de 27 ans. Accouchement naturel à 8 mois, 2600 g. régression.

777 - 9^e geste 43 ans, bilan en fin de grossesse normal. Accouchement naturel 8 mois, 2920, le 2^e bilan fait des réserves sur une hypertension artérielle préexistante.

958 - Primigeste 30 ans. Accouchement naturel 8 mois 1/2, 2600, hypertension artérielle persistant après l'accouchement, sera suivie.

Albumine-hypertension

998 - 3^e geste 32 ans, suivie en ville, accouchement naturel 8 mois, 2640, l'hypertension persistante, sera suivie.

- Avec triade complète

1056 - 2^e geste de 19 ans. Apparue 3 semaines avant terme. Césarienne pour souffrance fœtale en début de travail, 4700. Régression totale dans le post-partum. Pas de séquelles.

4 - Néphropathies compliquées d'hématome rétro-placentaire

268 - 7^e geste, arrivée à 8 mois 1/2, avec triade et hématome rétro-placentaire.

601 - 2^e geste 24 ans, antécédent de mort in utero à 7 mois, arrive à 7 mois avec triade et hématome rétro-placentaire.

604 - 7^e geste 45 ans, hypertension artérielle à 7 mois, baissant sous traitement, mais à 8 mois 1/2 hématome rétro-placentaire de 750 cc. Bilan rénal normal dans les suites.

5 - Il n'a été observé aucun cas de pré-éclampsie ni d'éclampsie.

2° - Néphropathies survenues chez des femmes à antécédents connus

- 1341 - Primigeste de 23 ans. En 1964 épisode oedémateux régressif. A 6 mois 1/3 forte albuminurie. Seule anomalie : un cholestérol élevé : Syndrome néphrotique ? Puis apparition d'oedèmes. Accouchement naturel à 8 mois 1/2 3140. On pense à un syndrome néphrotique et une biopsie rénale est prévue.
- 853 - Albuminurie et Tension artérielle un peu élevée à plusieurs des 4 grossesses de cette femme de 28 ans. Glomérulo-néphrite probable, avec poussée à chaque grossesse. Accouchement naturel à terme 2800, est suivie en néphrologie.
- 1487 - 2^e geste de 21 ans. En 1963, albumine et hématome rétro-placentaire à 6 mois, persistance de l'albumine entre les 2 grossesses. En 1965, grossesse non suivie, albumine et hypertension artérielle à 6 mois, accouchement en ville d'un mort-né. Cupule. Persistance de la triade, avec une urée à 1,20 qui baisse ensuite. Bilan du post-partum : insuffisance rénale sévère, avec à la biopsie rénale, une néphropathie très évoluée (12 pains à cacheter sur 15 glomérules). On discute un lupus érythémateux aigu disséminé, sans pouvoir le prouver. Contraception et surveillance.

3° - Néphropathies gravidiques récidivantes : 2 cas

- 869 - 3^eme geste de 23 ans.
En 1962 : albumine et hypertension au 6^eme mois, mort in utero à 6 mois 1/2. Expulsion à 7 mois 1/4.
En 1963 : même tableau au 6^eme mois, mort in utero à 7 mois 1/2. Expulsion à 8 mois 1/2.
Bilans normaux après cette 2^eme grossesse.
En 1965 : éliminations stéroïdes normales, bilan rénal normal, pas de signes de toxémie, mais à 7 mois 1/2, baisse de la folliculine qui remonte d'ailleurs sous traitement. On césarise à 8 mois 1/2.
Enfant vivant de 2.900 gr.
Placenta avec lésions d'endartérite oblitérante.
- 1099 - 2^eme geste de 25 ans, avec 6 ans d'un diabète léger traité par le seul régime.
En 1964 : toxémie au 4^eme mois, accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un gros enfant mort deux heures après.
En 1965 : suivie en ville, sans insuline. Insuffisance folliculinique traitée.
A la 29^eme semaine, hypertension et albumine apparaissent. Traitement. Les épreuves rénales sont perturbées.
A la 33^eme semaine, elle fait un hématome rétro-placentaire, et accouche d'un macéré de 1.000 g.
Le bilan rénal du post-partum est parfaitement normal.

AU TOTAL

Sur 23 cas de néphropathies au cours de la grossesse on relève :

- 8 enfants morts,
- pour 11 enfants vivants.

Ces chiffres montrent bien la gravité, non seulement de la survenue d'une grossesse chez une rénale, mais également des complications rénales de la grossesse.

Certes les grands accidents maternels ne se voient plus guère, quand les femmes sont suivies pendant leur grossesse, et nous n'en avons pas observé.

Mais les accidents foetaux restent fréquents, même dans les néphropathies purement fonctionnelles, et l'on reste bien désarmé, en particulier devant les accidents à répétition lorsqu'ils surviennent avant viabilité foetale.

III - AFFECTIONS RENALES ET UROLOGIQUES

1° - INFECTIONS URINAIRES

CYSTITES 2 cas à 3 mois : 282 et observation sans numéro.

PYELO-URETERITES

29 observations :

au 4è mois	{	observation sans numéro : Rou.. 281, 488, 1190.
au 5è mois	{	sans n° : Lel.. (coli), Mor.. (staphylo), Fou.. (coli)
au 6è mois	{	sans n° : Leg.., Bec.. (proteus), Dem.. (proteus), Ven.. Leb.. (pyélite bilatérale), 213, 949.
au 7è mois	{	sans n° : Gil.., Lor.., Seb.. (coli) 59.
au 8è mois	{	sans n° : Wat.. (coli), Gas.. (coli) 132 (avec incontinence urinaire psychique) 443 (accouchement prématuré 8 jours après) 950 (coli), 1149 (diabétique).
au 9è mois	{	sans n° : Ans.. 183, 214.
à terme	:	453, accouchement naturel à terme deux jours après.
Episodes multiples	{	sans n° : Beb.. 11.

2° - AUTRES AFFECTIONS

- 191 - { Antécédents de coliques néphrétiques.
- 501 - {
- 692 - Coliques néphrétiques pendant la grossesse à 6 mois.
Accouchement prématuré à 8 1/3, 1.760 g.
Enfant vivant.
- 126 - Albuminurie résiduelle intermittente après scarlatine.
Rien pendant la grossesse. Accouchement naturel à terme.
- 491 - Lithiase rénale opérée antérieurement. Accouchement
naturel à terme.
- 1535 - Double néphron à droite, sans malformation génitale,
accouchement naturel à terme.

AU TOTAL :

Les infections urinaires restent fréquentes au cours de la grossesse.
Tout juste est-il nécessaire de souligner :

- 1 - l'importance d'un traitement d'entretien pour éviter les rechutes
avant comme après l'accouchement.
- 2 - l'utilité d'explorer ces femmes dans le post-partum pour déceler
parfois une cause anatomique, et tenter d'éviter ainsi une in-
fection ascendante.

IV - CARDIOPATHIES ET GROSSESSE

Nous avons relevé 26 observations.
Parmi les lésions observées :

1° - LES LESIONS MITRALES viennent en tête avec 14 cas :

I - RETRECISSEMENT MITRAL : 7 cas

- Bien toléré

- 153 - Primipare de 19 ans. Aucun trouble. Accouchement à
terme, forceps systématique.
- 737/738 8ème pare de 34 ans. Oedème subaigu après le der-
nier accouchement. Grossesse gémellaire, repos, aucun
trouble. Accouchement à 8 mois 1/2. Aucun incident.
Suites normales sous antibiotiques et anti-coagulants.
- 1207- 2ème pare de 22 ans. Régulièrement suivie. Aucun acci-
dent.
- 1390- Primipare de 31 ans. Sténose très peu serrée, aucun
retentissement.

- Mal toléré

- 746 - Primipare de 26 ans. Sténose serrée découverte en
1963. Compensée en l'absence de grossesse. Oedème

subaigu 7 semaines avant terme, malgré le repos et le traitement. Césarienne à 8 mois 1/2 avant tout travail, demandée par les cardiologues. Enfant de 3.440 g. Suites normales sous traitement.

- Après commissurotomie

- 38 - 3ème pare de 42 ans, avec 2 enfants vivants.
Sténose depuis l'âge de 9 ans.
1ère grossesse bien tolérée. Forceps. Enfant vivant.
2ème grossesse, accouchement à 8 mois, enfant vivant, oedème aigu dans les suites de couches.
Pour sa 3ème grossesse, commissurotomie à 3 mois 1/2. Insuffisance hormonale traitée. Excellente tolérance. Césarienne à 8 mois, demandée par les cardiologues pour stérilisation. Enfant mort à 48 heures d'une malformation cardiaque majeure.
- 1285 - 3ème pare de 30 ans avec 2 enfants vivants.
Opérée au 4è mois de la première grossesse, après des hémoptysies. Accouchement à 7 mois. Vivant.
En 1964, 2ème grossesse bien tolérée. Accouchement naturel à terme. Vivant.
En 1965, 3ème grossesse bien tolérée, accouchement à 8 mois, vivant. Une stérilisation est envisagée après cette grossesse, à la demande des cardiologues

II - INSUFFISANCE MITRALE : 5 cas, tous bien tolérés.

- 125 - Primipare. Aucun retentissement. Accouchement naturel à terme.
- 1346 - 2ème pare de 21 ans. Aucun retentissement, simple régime désodé. Accouchement naturel à terme.
- 1349 - Primipare de 26 ans. Aucun retentissement. Forceps à terme.
- 1399 - 2ème pare, insuffisance mitrale douteuse, en tout cas parfaitement tolérée. Accouchement naturel à terme.
- 1403 - 5ème pare de 23 ans. Insuffisance très légère, parfaitement tolérée. Accouchement naturel à terme.

III - MALADIE MITRALE : 2 cas.

- 1331 - VIII° pare, insuffisance prédominant sur la sténose. Bonne tolérance entre les grossesses, incidents en cours de grossesse malgré le traitement. La malade refuse la stérilisation proposée à la demande des cardiologues. Accouchement naturel à terme.
- 299 - II° pare de 23 ans. Forceps en 63, prédominance de l'insuffisance sur la sténose.
Menace à 5 mois, traitement hormonal.
A 7 mois, dyspnée et surcharge gauche : repos, diurétiques, digitaline. Fin de grossesse sans histoire. Accouchement naturel à terme, trop rapide pour faire un forceps.

2° - LESIONS AORTIQUES : 1 cas.

448 - IV° pare avec un seul enfant vivant. Rétrécissement aortique sans trouble. Accouchement naturel à terme.

3° - LESIONS MITRO-AORTIQUES : 1 cas.

30 - II° pare de 29 ans. Insuffisance aortique, prédominant sur la maladie mitrale. Bien compensée. Accouchement naturel à terme, accouchement trop rapide pour faire un forceps.

4° - CARDIOPATHIES CONGENITALES

Communication inter-auriculaire

- 94 - Primipare. Découverte lors de l'accouchement, avec une dyspnée légère, et explorée dans les suites. Accouchement naturel à terme.
- 1329 - III° pare de 25 ans. Opérée en 59. Puis 2 ANT-FCS, puis un Basedow opéré, avec Myxoedème secondaire en 1964. Menace de FC à 3 mois, traitement thyroïdien, aucun retentissement cardiaque. Accouchement naturel à terme.

Rétrécissement pulmonaire isolé

- 279 - V° pare de 34 ans, vue 10 jours avant terme pour lipothymies et asthénie, découverte d'un souffle systolique. Rétrécissement pulmonaire bien toléré. Accouchement naturel à terme.

Cardiopathies complexes

- 421 - Primipare de 35 ans. Communication inter-ventriculaire, insuffisance tricuspидienne, sans hypertension pulmonaire. Bonne tolérance. Accouchement à 7 mois 1/2. Bien portant.
- 656 - II° pare de 28 ans. Sténose pulmonaire modérée, avec souffle systolique de pointe. Aucun trouble. Accouchement naturel à terme.

Cardiopathies congénitales dont nous n'avons pas eu le diagnostic

- 538 - Primipare de 18 ans. Suivie à Broussais, et vue seulement pour son accouchement. Souffle systolique, probablement de CIA. Aucun trouble. Accouchement naturel à terme.

5° - DIVERS

- Souffles anorganiques : 340, 341, 512.
- Cas sans diagnostic devant être explorés après l'accouchement.

- 514 - R.A.A. à 17 ans. Petit souffle systolique probablement d'insuffisance mitrale chez une primipare de 22 ans. Tolérance parfaite. Accouchement naturel à terme.
- 685 - III^e pare. Souffle systolique non identifié. Accouchement naturel à terme.
- 931 - IV^e pare. Accouchement à 8 mois, 2.000 g. (mort per partum). Vue pour l'accouchement seulement. Déccuvorte d'une hypertension avec double souffle de la base. Aucun retentissement.

- Enfin une insuffisance cardiaque d'origine non précisée.

- 710 - VII^e pare de 37 ans. Accouchement à 7 mois 1/2. Enfant vivant. Dirigée pour exploration.

AU TOTAL : Rien de remarquable dans les étiologies.

Sur le plan cardiaque les accidents ont été rares, mais il faut souligner que la plupart de ces femmes étaient régulièrement suivies par des cardiologues.

Un seul oedème subaigu : (746).

Les grossesses mal tolérées, rares également quand elles étaient sous surveillance.

Deux cas avec simple dyspnée : (299) et (1331).

Pour les femmes commissurotomisées nous notons la tendance des cardiologues à être larges en demandes de stérilisation quand la femme a déjà 2 ou 3 enfants. Peut-être revient-on sur l'optimisme initial des suites lointaines et il est vraisemblable que la grossesse, comme le temps, sont des facteurs défavorables dans le maintien des bons résultats.

Sur le plan obstétrical, nous ne relevons guère d'ennuis : 19 accouchements à terme, avec 2 forceps. 5 accouchements prématurés dont une gémellaire. Deux césariennes dont l'une pour stériliser. Deux stérilisations. Par contre il a été effectué 2 avortements thérapeutiques pour cardiopathies (cf. Chapitre IV).

Il est inutile pour terminer de souligner l'importance de la collaboration entre l'accoucheur et le cardiologue, ce dernier étant en définitive le maître d'oeuvre.

V - AFFECTIONS PULMONAIRES ET GROSSESSE

1^o - TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nous avons relevé 23 cas de grossesses chez des tuberculeuses.

I - Le plus souvent il s'agissait de tuberculoses stabilisées.

A - La plupart, sous surveillance phthisiologique pendant leur grossesse, n'ont pas été traitées.

- 1 - Primipare, tuberculose bilatérale traitée jusqu'en 1963. Forceps systématique à terme.
- 19 - Traitée de 1946 à 1954. Accouchement naturel à terme.
- 20 - II° pare, tuberculose excavée en 1953. Accouchement naturel à terme.
- 95 - III° pare de 41 ans. P.S.F. en 1943. Caverne du sommet droit en 1957. Accouchement naturel à terme.
- 239 - II° pare de 25 ans. Tuberculose non excavée traitée jusqu'en début de grossesse. Accouchement naturel à terme.
- 332 - VI° pare de 37 ans. Caverne du sommet gauche, traitée jusqu'en 1947. Accouchement naturel à terme.
- 457 - V° pare de 30 ans. Lésions non excavées du sommet droit en 1949. Quatre accouchements depuis. Accouchement naturel à terme.
- 466 - V° pare de 37 ans. Primo-infection sévère à 12 ans, adénite axillaire en 1961. Accouchement à 8 mois 1/2.
- 527 - V° pare de 33 ans. Deux ans de sana en 58-60. Accouchement naturel à terme.
- 543 - II° pare de 31 ans. Infiltrat du sommet gauche après son premier accouchement. Accouchement naturel à terme.
- 600 - II° pare de 28 ans. Nodule du sommet gauche avec B.K., traitée de 57 à 59. Accouchement naturel à terme.
- 700 - II° pare de 25 ans, 18 mois de sana à 19 ans, accouchement naturel à terme.
- 726 - III° pare de 23 ans. Traitée 6 mois après sa grossesse de 1963. Accouchement naturel à terme.
- 800 - Primipare, traitée de 57 à 64. Il ne persiste que des images cicatricielles. Accouchement naturel à terme.
- 804 - Primipare de 19 ans. Traitée de 54 à 56. Accouchement naturel à terme.
- 898 - V° pare de 38 ans, traitée de 49 à 54. Images cicatricielles. Accouchement naturel à terme.
- 1229 - VI° pare. Tuberculose en 1953. Pas de traces radiologiques. Accouchement naturel à terme.

Toutes ces femmes étaient suivies pendant leur grossesse. Des contrôles ont été faits dans les suites de couches. Les enfants n'ont pas été séparés, mais vaccinés. Elles ont été suivies par la suite. Aucune poussée évolutive.

B - Certaines femmes ont eu un traitement de sécurité

- 789 - II° pare de 26 ans. Tuberculose en 1954. Rimifon pendant la grossesse. Accouchement naturel à terme.
- 1496 - VI° pare de 25 ans. Tuberculose en 1964. Images normales. Traitement de sécurité. Accouchement naturel à terme.

Ces femmes ont été contrôlées dans les suites de couches, il n'a été noté aucune poussée évolutive. Les enfants ont été isolés ou non, mais vaccinés.

II - Nous ne relevons que 4 cas de tuberculose évolutive

A - Deux femmes étaient connues et traitées pour leur tuberculose.

- 786 - IV° pare de 32 ans. Tuberculose en 1953. Rechute au 2ème mois de cette grossesse. Traitée. Images stabilisées en fin de grossesse. Accouchement naturel à terme.
- 1009 - II° pare de 19 ans. Traitée sans interruption de 64 jusqu'à sa 2ème césarienne itérative pour B.G.R. Stérilisation à la demande des phthisiologues.

B - Deux tuberculoses ont été dépistées à l'occasion de la grossesse :

- 401 - II° geste actuellement hospitalisée pour traitement. FCS survenue à 2 mois.
- 1159 - IV° pare de 33 ans. Découverte d'opacités nodulaires à 4 mois 1/2. Tubages négatifs. Tuberculose discrète mais évolutive. Hospitalisée 2 mois, puis traitée chez elle, jusqu'à terme. Accouchement naturel à terme.

Chez ces femmes, les enfants ont été isolés par prudence et toujours vaccinés.

Les contrôles ultérieurs n'ont décelé aucune poussée évolutive.

AU TOTAL :

Malgré la proximité de services spécialisés, il n'a été observé en 1965 que 4 cas de tuberculose évolutive chez des femmes enceintes.

Sous traitement il n'a pas été observé de flambée évolutive dans le post-partum plus ou moins éloigné.

Le plus gros contingent est constitué par des anciennes tuberculeuses stabilisées, pour lesquelles les phthisiologues ont le plus souvent jugé qu'il n'était pas nécessaire de traiter pendant la grossesse et ses suites. Aucune poussée évolutive n'est là non plus à déplorer.

Sur le plan obstétrical :

Un seul avortement. Aucun accouchement prématuré.

Un seul forceps systématique, la plupart de ces femmes étant des multipares qui ont accouché très rapidement.

Aucune indication d'avortement thérapeutique n'a été posée en 1965 pour tuberculose.

On n'a relevé aucun cas de tuberculose congénitale ou néo-natale.

La surveillance systématique dans le post-partum de toute femme ayant des antécédents de tuberculose, reste cependant une règle impérative pour l'accoucheur.

2° - AUTRES AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES observées

Deux femmes ayant dans leurs antécédents une lobectomie pour dilatation des bronches (121 et 259) ont accouché à terme et normalement.

VI - SYPHILIS ET GROSSESSE

Nous avons relevé les observations de 12 femmes ayant accouché dans le service en 1965, et pour lesquelles on pouvait discuter une Syphilis.

Le problème post-natal qui se pose actuellement, avec la disparition presque complète des grandes syphilis néo-natales et même des lésions viscérales patentes chez les nouveau-nés de mères syphilitiques, ne peut être résolu que par l'étude de l'évolution de la sérologie de réagine, dans les trois mois qui suivent la naissance.

Les nouveau-nés, candidats éventuels à une syphilis désormais purement sérologique, sont suivis après leur naissance dans un service spécialisé.

Avec un recul de six mois, aucun enfant ne semble avoir été traité.

Nous distinguerons ces observations en trois groupes :

I - FEMMES AYANT INDISPUTABLEMENT FAIT UNE SYPHILIS pendant leur grossesse = néant.

II - FEMMES AYANT UNE SYPHILIS ANTERIEUREMENT CONNUE

1 - Femmes traitées encore actuellement

Avec un traitement correct :

65 - Découverte sérologique un an avant la grossesse.
Traitée. Cure de flocliline pendant cette grossesse.
Accouchement naturel à terme. Enfant indemne.

Avec un traitement irrégulièrement suivi

1552 - XII° pare de 35 ans. Découverte sérologique en 53 au cours de la 2ème grossesse, au 5è mois. Très irrégulièrement traitée, et uniquement pendant ses grossesses ou presque.
Seul le 3è enfant a été traité, et encore systématiquement. Accouchements régulièrement prématurés d'enfants qui étaient indemnes.
Sérologie de réagine irréductible et Nelson positif.
Traitée pendant cette grossesse.
Enfant de 2.240 g., dont le poids a stagné, mais qui ne semble pas avoir été traité.

2 - Femmes guéries de longue date, sans cicatrice sérologique :
néant.

3 - Femmes ayant une sérologie de réagine irréductible

Avec Nelson négatif : néant

Avec Nelson positif :

1493 - Non traitée pendant cette grossesse.
Accouchement normal à terme.
Enfant de 4.100 g. suivi et indemne.

III - DECOUVERTE SEROLOGIQUE A L'OCCASION DE CETTE GROSSESSE

Le problème est alors de savoir si cette femme est réellement atteinte, et si oui, si l'atteinte est récente ou ancienne.

1 - Contamination probablement récente

1051 - Découverte à 2 mois d'une sérologie dissociée.
Nelson douteux à 2 mois 1/2.
Sérologie franchement positive à 3 mois.
Donc infection récente probable.
Traitée dès lors jusqu'au 7^e mois.
Césarienne pour siège et B.G.R.
Enfant cliniquement normal. Ne semble pas
avoir été traité.

2 - Contamination probablement ancienne

1253 - Découverte en début de grossesse d'une sérologie franchement positive, en réagine comme en immobilisine. Pas d'antécédents. Traitée en cours de grossesse. Accouchement naturel à terme. Enfant indemne.

1356 - Sérologie dissociée au 2^e mois, avec Nelson positif. Traitement en cours de grossesse. Accouchement naturel à terme. Enfant normal, indemne et non traité.

3 - Syphilis douteuses

23 - Sérologie douteuse en début de 6^e grossesse.
Aucun traitement.
Enfant normal, indemne et non traité.

78 - Sérologie faussement positive.
Aucun traitement.
Enfant normal, indemne et non traité.

201 - Sérologie probablement faussement positive, découverte au 7^e mois. Traitement de prudence.
Enfant normal, indemne et non traité.

576 - Sérologie douteuse.
Traitement du 2^e au 7^e mois.
Enfant normal, indemne et non traité.

- 910 - Sérologie dissociée.
Pas de traitement.
Enfant normal, indemne et non traité.
- 682 - Sérologie dissociée.
Pas de traitement.
Enfant normal, indemne et non traité.

VII - AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

Nous avons relevé :

Un cas de zona, au 6^e mois, lombo-abdominal, sans n° : Gue..
Aucune conséquence. Accouchement naturel à terme.

Trois cas de parotidite ourlienne

- 211 - au 6^e mois
949 - au 5^e mois
1289 - au 4^e mois

Avec trois accouchements à terme et trois enfants normaux.

Trois cas de gonococcie génitale (observations sans n°)

en début de grossesse, ayant facilement cédé au traitement.
Aucune contamination complexe.

VIII - AFFECTIONS ENDOCRINIENNES

THYROÏDE ET GROSSESSE

Deux cas de myxoedème :

- 1184 - Primipare, 3^eme geste de 42 ans.
Thyroïdite d'Ashimoto opérée en 1963. Myxoedème
secondaire traité pendant la grossesse.
Césarienne à terme pour siège et B.G.R.
Enfant bien portant, 3700 g.
- 1329 - CIA opérée, 2 ANT, FCS puis Basedow opéré.
Myxoedème secondaire. Menace de FC à 3 mois.
Sous traitement thyroïdien, la grossesse va à terme.
Accouchement naturel à terme, 3.140 g., bien portant.

Un goitre considérable apparu au 2^e mois.

- 1247 - V^e pare de 29 ans. Tyroxine.
Accouchement naturel à terme. Enfant bien portant de
2.820 g.

SURRENALE ET GROSSESSE

Un cas d'Addison :

- 1153 - II^e pare, 3^eme geste. Césarisée à 7 mois 3/4 pour
placenta praevia. Enfant bien portant, 2.840 g.

OBESITE ET GROSSESSE : 6 cas.

- 763 - VII° pare. Accouchement naturel à terme. Enfant vivant de 3.960 g.
- 777 - IX° pare 45 ans. Enfant de 4 kg. Toxémie tardive, accouchement naturel à terme, enfant de 2.920, bien portant.
- 1189 - Primipare de 34 ans. Césarienne pour souffrance foetale. Mort né avec malformation cardiaque majeure.
- 1200 - Primipare 26 ans. Césarienne pour Siège et BTR, 3.380.
- 1214 - II° pare. Accouchement naturel à terme. 3.700 g.
- 1428 - IX° pare. Accouchement naturel à terme 3.600 g.

IX - AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET GROSSESSE

TUMEUR CEREBRALE : 1 cas.

- 190 - II° pare de 23 ans. Soupçon de tumeur cérébrale à 7 mois 1/2. A 8 mois 1/2 la tumeur est certaine, avec un important syndrome d'hypertension intra-crânienne. Devant le risque d'engagement les neuro-chirurgiens demandent l'interruption de la grossesse. Césarienne. Enfant bien portant de 3.200 g. Malade retransférée en neuro-chirurgie.

EPILEPSIE : 7 cas, avec accouchements à terme.

172, 475, 476, 671, 961, 1103, 1525.

Une seule femme a fait une crise dans le service, 4 jours après son accouchement.
Un enfant est mort au 3è jour d'une hémorragie cérébro-méningée (961). Il s'agissait d'une primipare, dont l'accouchement (OIPD-OP) s'était déroulé normalement.
L'enfant pesait 3.300 g.

X - AFFECTIONS DIGESTIVES

Nous avons relevé trois cas d'appendicite en cours de grossesse, dont deux manifestées par une occlusion.

Gat.- Primipare de 24 ans. Admise pour vomissements.
Non cédation au traitement habituel.
Suspicion d'appendicite chronique, appendicectomie.
Cédation des vomissements.

Fal.- II° pare. Occlusion fonctionnelle au 5è mois.
Appendicectomie au 8è jour. Appendice rétro-coecal.
Accouchement normal à terme.

- 1377 - Primipare. Au 4^e mois, syndrome occlusif fonctionnel avec masse sus et rétro-utérine. Le tout cédant à un traitement antibiotique.
Césarienne à terme dépassé de 8 jours, pour souffrance foetale. Post-maturation vraie.
Gros appendice qui adhère avec l'épiploon au fond utérin.
Appendicectomie par voie médiane 2 mois après.

XI - CANCER DU COL ET GROSSESSE

Nous rapporterons ici une observation particulièrement dramatique :

- 731 - Femme de 25 ans, ayant 5 enfants.
A 4 mois 1/2 de sa 6^e grossesse, survenue de métrorragies avec insuffisance lutéale.
La femme refuse tout traitement hormonal, la grossesse n'étant pas désirée.
Le frottis systématique ayant révélé une atypie, 2 biopsies sont faites (sans colposcopie) sur une zone iodo-négative à contour net et sur un bourgeon saignant.
L'histologie répond : Dysplasie régulière.
La femme accouche très prématurément à 6 mois, d'un enfant de 1.060 g. qui meurt après quelques heures.
Retour de couches 5 semaines après.
Petites métrorragies après le retour de couches.
Les frottis (exo et endocol) répondent Classe II.
Le col est ouvert, on pense à une rétention banale, (il n'y avait pas eu de révision utérine).
Curage digital complété à la grosse curette mousse.
L'histologie répond : CARCINOME INFILTRANT peu différencié.
Radiumthérapie.
Puis laparatomie en vue d'un Wertheim : on trouve un gros ganglion latéro-aortique.
Hystérectomie totale simple avec castration.
A l'histologie, les lésions cervicales ne sont pas stérilisées, et le ganglion est complètement envahi, avec même effraction de sa capsule par les bourgeons néoplasiques.
Cobaltothérapie.

Une telle observation souligne l'impérieuse nécessité de faire les biopsies sous contrôle de la colposcopie, ce cancer existait lorsqu'on a biopsié, mais sans colposcopie, on n'a pas vu que l'on ne prélevait pas la zone de jonction.

- C H A P I T R E I V -

INTERVENTIONS PENDANT LA GROSSESSE

I - INTERVENTIONS POUR GROSSESSES ECTOPIQUES

9 observations :

- Quatre grossesses ectopiques rompues ou fissurées : quatre salpingectomies.
Observations : Geo..., Dau..., Cou..., Fes.
- Une hématoçèle péri-utérine : salpingectomie.
Observation : Osm...
- Un avortement tubo-abdominal : salpingectomie.
Observation : Sto...
- Trois grossesses ectopiques non rompues :
 - deux salpingectomies :
Observations : Gen..., Edm...
 - une intervention conservatrice.

II - AVORTEMENTS THERAPEUTIQUES

Au cours de l'année 1965 nous avons relevé quatre observations d'avortements thérapeutiques :

- 1 - Mme Boi..., 24 ans.
4 fausses-couches provoquées.
5ème grossesse actuelle : à 6 semaines, leucose aiguë myéloblastique. Dilatation, curetage.

2 - Mme Car..., 26 ans.

Deux enfants, une fausse couche.

Grossesse de 3 mois, et lupus érythémateux aigu disséminé, avec grosse insuffisance rénale.

Hystérotomie. Stérilisation complémentaire.

3 - Mme Nar..., 46 ans.

Deux enfants, deux fausses couches.

Grossesse de 2 mois 1/2, plus valvulite mitro-aortique.

(Rétrécissement mitral, plus rétrécissement aortique et insuffisance aortique). Compensation précaire, en outre diabète.

Hystérotomie. Stérilisation.

4 - Mme Que..., 26 ans.

Deux enfants, une fausse couche, une phlébite.

Grossesse de 3 mois. Phlébite en début de grossesse. Embolies.

Septicémie à entérocoques avec localisation endocarditique ayant laissé une grosse insuffisance aortique, avec insuffisance cardiaque rapidement constituée. Intervention écartée par les cardiologues.

Hystérotomie. Stérilisation.

Au total : 4 interruptions de grossesse,

3 stérilisations complémentaires.

Dans le 4ème cas, le pronostic, fatal à très courte échéance, était tel qu'il était inutile de faire courir des risques hémorragiques supplémentaires à la malade.

III - CERCLAGES POUR INCONTINENCE CERVICO-ISTHMIQUE

- Une observation de femme qui a accouché :

1050 - 21 ans. Trois fausses couches spontanées à 2, 4 et 6 mois.

Cerclage à chaud pour la 4ème grossesse à 4 mois 1/2.

Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. 2.520 g., vivant.

Ici, 5ème grossesse. Dosages bas, compensés lors du cerclage à 3 mois. Accouchement à 8 mois 1/2. 2.720 g.

Enfant vivant.

- Quatre observations de femmes qui n'ont pas encore accouché à l'heure actuelle :

Bru. - 32 ans. Un accouchement naturel à terme. Un accouchement naturel à 7 mois, décédé à la 2ème heure.

Cerclage à 2 mois 1/2 pour sa 3ème grossesse.

En évolution à 7 mois.

Dub. - 24 ans. 1 fausse couche à 4 mois, 1 accouchement naturel à terme, 1 fausse couche au 6ème mois, 1 accouchement naturel à terme, 1 accouchement prématuré à 6 mois.

Au total, béance probable mais atypique.

VI° grossesse : on cerclage à 2 mois 3/4, car le col est déchiré. Il existe aussi une insuffisance hormonale que l'on traite. En évolution à 7 mois.

Dup. - 27 ans. 1 accouchement naturel à terme,
1 accouchement très prématuré à 6 mois 1/2, et
1 fausse couche spontanée à 4 mois, typiques de
béance.
4ème grossesse cerclée : accouchement naturel à
terme, après décercelage.
5ème grossesse actuelle, cerclée à 2 mois. En
évolution à 8 mois.

Pac. - 27 ans. Une fausse couche spontanée à 5 mois 3/4,
avec insuffisance hormonale, une fausse couche spon-
tanée à 6 semaines, avec insuffisance hormonale.
III° grossesse actuelle : insuffisance hormonale nor-
malisée. Cerclage à 2 mois 2/3, sous traitement hor-
monal. En évolution à 8 mois 1/4.

Ces observations soulignent la complexité de l'étiologie de certains
avortements à répétition, pour lesquels un traitement complexe peut aboutir
à d'excellents résultats.

IV - MYOMECTOMIE EN COURS DE GROSSESSE

Une seule observation :

889 - I° par. 26 ans. Crise douloureuse abdominale. Fibrome
comme un pamplemousse en nécrobiose sur le bord droit de
l'utérus, dans son tiers inférieur. Non cédation au trai-
tement médical. Myomectomie. Suites simples.
Forceps à terme. Enfant pesant 4.560 g.

V - HYSTERECTOMIE

Une seule observation :

222 - Grossesse abdominale. Rétention au-delà du terme.
Cf. observation détaillée au chapitre II (Grossesses
extra-utérines).

VI - APPENDICECTOMIES

Deux observations :

Fal.- Occlusion au 5ème mois d'une 2ème grossesse. Intervention
au 8ème jour. Appendice rétro-coecal. Accouchement naturel
à terme.

Gat.- Entrée pour vomissements à 2 mois. Appendicectomie. Arrêt
des vomissements.

VII - BARTHOLINITES

Une observation :

Car.- I° pare. 21 ans. Incision à 6 mois d'une bartholinite gauche. 100 cc. de pus. Protéus.

VIII - VERSIONS PAR MANOEUVRES EXTERNES

1 - VERSION DE SIEGES : 5 observations

Bien que le problème de la version des sièges soit controversé, nous avons l'habitude de tenter cette manoeuvre à la fin du 8ème mois.

Nous relevons :

- Parmi les versions réussies, suivies d'accouchement naturel à terme en sommet :

- Aucune primipare
- 3 multipares { Alt.. - 22 ans, II° pare, à 8 mois.
509 - IX° pare. Début du 9ème mois.
670 - II° pare. A 8 mois.

- Parmi les échecs de la manoeuvre :

- 2 primipares { 1051 - 30 ans, BGR, 2 tentatives.
Césarienne.
1085 - 18 ans. Siège décomplété.
- 1 multipare : 1516 - IV° pare. Siège décomplété.

2 - VERSION DE PRESENTATIONS TRANSVERSALES : 3 observations.

- Parmi les réussites, suivies d'accouchement naturel en sommet :

- aucune primipare,
- 2 multipares { 302 - VI° pare, 36 ans.
343 - VIII° pare, 30 ans.

- Parmi les échecs :

Une multipare : 677 - III° pare. Césarienne.

Il n'a été observé aucun accident consécutif à ces manoeuvres.

- C H A P I T R E V -

LES ACCOUCHEMENTS : 1.569

Nous envisagerons au cours de ce chapitre l'ensemble des accouchements de l'année 1965, quels que soient la présentation, le terme ou l'état de l'enfant, avec un bref rappel qui donnera une idée générale des faits.

Les chapitres suivants étudieront en détail les différentes anomalies.

Grossesses uniques : 1.552

Grossesses multiples : 17

I - GROSSESSES UNIQUES

Différentes présentations :

Sommet	1.499
Face	2
Front	3
Siège	40
Epaule	8

1 - PRESENTATION DU SOMMET : 1.499 observations, parmi lesquelles :

dégagement en O.S. : 18 observations, dont : 3 O.I.G.P.
15 O.I.D.P.

- Primipares : 4 cas
71, 729, 1345, 1372

- Multipares : 14 cas
92, 202, 212, 302, 334, 569, 586, 617, 1053, 1138,
1286, 1360, 1522 (2.440 g.), 1554.
- Modalités de l'accouchement :
 - Accouchement naturel : 15 cas
 - Forceps : 3 cas
 - Césarienne : néant
- Complications de la délivrance : cf. chapitre VII.
- Résultats :
 - Maternels : lésions traumatiques :
 - 6 épisiotomies,
 - 1 éraillure de la fourchette
 - 1 thrombus vaginal (569)
 - 1 rupture utérine (202), découverte après application de forceps systématique pour utérus cicatriciel.
 - Fœtaux :
 - Mortalité nulle
 - Pas de lésions traumatiques.

2 - PRESENTATION DE LA FACE : 2 observations.

- 160 I Pare. Face mal défléchie. Forceps en M.I.G.A., rotation en M.P.
- 1167 III Pare. M.I.D.A. Dégagement spontané en M.P.

3 - PRESENTATION DU FRONT : 3 observations

- 506 - Primipare. B.G.R. léger.
Césarienne après courte épreuve du travail. 3.140 g.
- 1180 - Primipare. Face en M.I.G.P., fléchie en N.I.G.P., fixée.
Césarienne à grande paume. 3.160 g., 15 minutes de réanimation : dormait.
- 1353 - 2ème pare. Arrive à grande paume avec tête fixée en N.I.G.P. Césarienne. 4.200 g.
Embolie pulmonaire au 2ème jour. Traitement, bonne évolution.

4 - PRESENTATION DU SIEGE : 40 observations.

- Siège complet : 10 observations (dont 6 acc. spontanés)
- Siège décompleté : 27 observations (dont 17 acc. spontanés)
- Non précisé : 3 observations (dont 1 acc. spontané).

a - Etiologie

- Causes maternelles

- Primipares : 12 observations
13, 43, 201 (16 ans), 307, 326 (16 ans),
339, 757, 805, 1059, 1085, 1092, 1564.
- Multipares : 14 observations
37, 91, 167, 374, 524, 587, 595, 597,
606, 721, 1277, 1361, 1370, 1516.
- Viciations pelviennes : 7 observations.
 - 1 - BGR : 2 cas : 1051, 1375.
 - 2 - Bassin limite : 384
 - 3 - BTR : 4 cas : 168, 1200, 1426, 447.

- Causes foetales

- Prématurité : 7 observations
205 (7 mois, 2.220 g.), 434 (2.340 g.),
740 (6 mois 1/2 - 1040 g.), 1183 (2.460 g.)
1190 (6 mois - 1.200 g.), 1242 (7 mois 1/2 - 1.900 g.)
1557 (7 mois 1/2 - 1.900 g.)

b - Conditions de l'accouchement

- Accouchement spontané

- Siège complet : 6 observations
201, 595, 740, 805, 1183, 1242.
- Siège décompleté : 17 observations
13, 37, 43, 205, 326, 374, 434, 447,
597, 606, 721, 1085, 1092, 1277, 1361,
1516, 1557.

- Interventions

- Manoeuvre de Bracht : 6 observations
307, 384, 524, 587, 1059, 1370.
- Grande extraction : 2 observations
167, 757.
- Forceps sur tête dernière : pas d'observation.
- Césarienne : 8 observations
91, 168, 339, 1051, 1200, 1375, 1426, 1564.
- Episiotomie : 8 observations
13, 43, 326, 434, 447, 757, 1059, 1085.

c - Complications de la délivrance : cf. chapitre VII

d - Complications de l'accouchement :

- Déchirure périnéale incomplète : 1 observation (201)
- Rupture utérine : pas d'observation.

e - Résultats :

- pour la mère :

Mortalité nulle.

- pour l'enfant :

Mortalité : 3 observations

- macérés ; pas d'observation

- morts-nés : 2 observations

740 (prématuré de 1.040 g.)

1190 (prématuré de 1.200 g.)

- décédés après la naissance : 1 observation

1242 (prématuré de 1.900 g., doigts et orteils malformés).

Autres complications :

1375 (cyanose passagère, transféré dans un autre service)

434 (malformations multiples : pieds et mains bots, torticollis, scoliose).

5 - PRESENTATION DE L'EPAULE : 8 observations

a - Etiologie :

- Primipare : utérus cordiforme (504)

- Multipares : 7 observations

600 (2ème pare), 677 (6ème pare), 1038 (6ème pare),
1062 (5ème pare), 1144 (3ème pare), 1262 (2ème pare),
1267 (6ème pare).

b - Conditions de l'accouchement :

- Version extraction : 2 observations

1062 - 5ème pare. 7 mois 1/2. Enfant pesant 1.400 g.
Bien portant.

1144 - 3ème pare. 8 mois 1/2. Enfant pesant 3.600 g.
10 minutes de réanimation.

- Césarienne : 6 observations

504 - Primipare. Utérus cordiforme. Rupture prématurée
des membranes 2 jours avant l'accouchement.
Césarienne segmentaire basse en début de travail.
2.860 g.

600 - 2ème pare. 8 mois 1/4. Césarienne segmentaire
2.480 g.

677 - 3ème pare à terme. 2 tentatives de version externe.
Césarienne avant tout début de travail. 2.860 g.

1038 - 6ème pare. Utérus cicatriciel. 7 mois 1/2.
Procidence. Césarienne en début de travail.
Hystérotomie en T. Ligature. 2.440 g.

1262 - 2ème pare. Présentation reconnue à rupture sponta-
née des membranes. Césarienne segmentaire verticale
à grande paume. 3.760 g.

1267 - 6ème pare. Césarienne corporéale à dilatation complète. Ligature. 3.700 g.

c - Résultats :

- Maternels : Mortalité nulle.
- Foetaux : Tous les enfants sont sortis vivants et bien portants du service.

II - GROSSESSES GEMELLAIRES ET GROSSESSES MULTIPLES

1 - NOMBRE TOTAL : 17 cas, se répartissant en :

- 16 gémellaires, dont une où le deuxième jumeau était une masse informe (1061).
- 1 cas de gestation triple (81-82-83).

2 - VARIETES :

- Grossesses gémellaires

- Monochoriales

Mono-amniotique : 103 (2 garçons)
Bi-amniotiques : 583 (2 garçons), 817 (2 garçons).

- Bichoriales

Mixtes : 73/74 - 84/85 - 392/393 - 577/78 - 824/25.
2 garçons : 445/46 - 451/52 - 477/78 - 1335/36.
2 filles : 266/67 - 668/69.

- Grossesse triple

81/82/83 - 2 placentas { Monochorial bi-amniotique : 2 garçons,
2ème placenta : fille.

Enfants pesant chacun 700 g., décédés.

- Grossesse gémellaire avec masse informe

1061 - 2ème jumeau : masse embryonnaire informe pesant 1.000 g.

3 - MODALITES DE L'ACCOUCHEMENT :

a - Age de la grossesse

vers 6 mois 1/2 : la g. triple (81/82/83), 4ème pare.
vers 7 mois : 583/84 (5ème pare)
vers 7 mois 1/2 : 103/04 {primipare}, 124/25 {primipare}
vers 8 mois : 266/67 {primipare}, 477/78 {4ème pare}
668/69 (4ème pare).

vers 8 mois 1/2 : 73/74 (primipare), 84/85 (3ème pare),
382/83 (primipare), 451/52 (2ème pare),
577/78 (primipare), 737/38 (8ème pare),
817/18 (6ème pare), 1335/36 (5ème pare).
à terme : 1061 (G. avec 2ème jumeau réduit à une
masse informe).

b - Type des présentations :

Gémellaires :

Deux sommets : 10 cas

73/74, 84/85, 103/104, 266/67, 392/93,
445/46, 451/52, 577/78, 668/69, 737/38.

Sommet + siège : 817/18, 477/78.

Siège + sommet : 1335/36

Sommet + épaule : 583/84

Siège + épaule : 824/25

Aucune face, aucun front.

Grossesse triple : 2 sommets et un siège.

c - Accouchements spontanés : 14 cas.

73/74, 84/85, 103/04, 266/67, 392/93, 445/46, 451/52,
477/78, 577/78, 668/69, 737/38, 817/18,
80/81/82, 1061.

d - Manoeuvres :

583/84 - Tentative d'extraction du 2ème jumeau (cf. e)

824/25 - Extraction du 1er siège.

Version extraction du 2ème jumeau.

1335/36 - Mauriceau sur tête dernière

Version pour procidence des deux bras et du cordon.

e - Complications de l'accouchement ou des manoeuvres :

583/84 - Désinsertion cervico-vaginale lors d'une tentative
de version du 2ème jumeau.

824/25 - Déchirure périnéale incomplète.

f - Interventions :

583/84 - Césarienne. Enfant mort. Hystérectomie.

Délivrance artificielle : pour hémorragie : 103/104

systématique : 80/81, 824/25,

1335/36

Episiotomies : 392/93 (expulsion en O.S.), 451/52.

4 - RESULTATS GLOBAUX :

Pas de mortalité maternelle.

Enfants :

Dans les grossesses gémellaires :

Enfants vivants : 30

73/74, 84/85, 103/04, 266/67, 392/93, 445/46,
451/52, 477/78, 577/78, 668/69, 737/38, 817/18,
824/25, 1335/36.
583
1061.

Mort-né : 584

Décédés : néant.

Grossesse triple : 3 morts presque immédiates.

ooOoo

D I R E C T I O N D U T R A V A I L

Il est reconnu, à l'heure actuelle, que l'accouchement en tous points satisfaisant sur le plan dynamique est chose rare, et que le plus souvent il y a lieu, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, de prendre en main la direction du travail.

De fait, rares ont été les cas où le travail parfaitement satisfaisant dans sa progression n'a nécessité aucune médication :

91 cas sur 423 primipares, soit 21,5 % des cas.

Plus encore, ces cas, où tout se déroulait à l'optimum, ont une durée totale de dilatation supérieure à celle des accouchements qui ont bénéficié de la Méthode mise au point il y a plus de quinze ans par notre Maître, le Professeur Agrégé Jacques GRASSET, et connue sous le nom de "Méthode d'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées".

C'est la raison pour laquelle, dans le service, la Direction de Travail est assurée par cette Méthode, qui fait un usage simultané de plusieurs drogues dont l'association dans un ordre donné et à des moments donnés permet, à dose faible pour chaque produit, d'obtenir une synergie des effets.

Et c'est la raison pour laquelle aussi cette méthode est employée de façon quasi systématique, même en l'absence apparente d'anomalies de la contraction utérine.

Le principe de la Méthode est simple.

Depuis longtemps le rôle du spasme, d'un tonus de base élevé, est considéré comme une des causes les plus fréquentes de travail long et pénible pour la femme, et anoxémiant pour l'enfant.

Le rôle des antispasmodiques musculotropes ou centraux est connu et mis à profit depuis bien longtemps.

Le rôle du système nerveux végétatif a été reconnu plus tard, on sait maintenant l'importance qu'il a dans le soutien du tonus de base.

La Méthode consiste donc à réaliser une déconnection de l'utérus, qui renferme en lui ses propres possibilités contractiles, et échappe ainsi aux stimuli externes nocifs.

On pense ainsi atteindre à un fonctionnement optimum de la fibre utérine pharmacologiquement isolée de ce qui l'entoure.

Il est d'ailleurs extrêmement curieux de constater comme cela a pu être fait dans les travaux de Bilweiss sur l'étude électrique du muscle utérin en travail, que l'image du tracé était exactement la même :

- chez les femmes bénéficiant de cette méthode de Direction du travail,
- et chez les femmes préparées par la méthode Psycho-prophylactique d'accouchement sans douleur.

Or le processus d'action de la méthode psycho-prophylactique semble bien être précisément, par le renforcement du contrôle cortical à l'aide d'activités de contrôle demandant une forte concentration d'esprit, l'équilibration du système neuro-végétatif et la suppression de son activité spastique sur la sphère utérine.

En un mot : le contrôle de ce que l'on croyait incontrôlable, autonome disait-on, par l'activité du cortex.

Nous voyons personnellement dans la Méthode d'accouchement physiologiquement accéléré le même but atteint, non plus par l'activité corticale consciente et organisée, mais par voie pharmacodynamique, et par conséquent applicable extemporanément et à n'importe qui.

La pratique de cette Méthode est également simple.

- A dilatation de deux-cinq francs on injecte en sous-cutanée le spasmolytique et l'antihistaminique.
Quinze minutes après, en intra-musculaires et en deux points séparés : Tétranium 0,50 g., une ampoule de 5 cc.
et Diparcol 0,25 g., une ampoule de 5 cc.
- A dilatation complète, on injecte en intra-musculaire :
0,40 de Flaxédil, soit une ampoule de 2 cc.

Chez la primipare il n'y a en général aucun problème, car à deux ou cinq francs le travail est toujours parfaitement déclenché. Il arrive cependant que la dilatation ne soit pas complète dans les deux heures qui suivent. Il y a alors intérêt à renouveler la médication, et souvent à lui adjoindre une perfusion ocytocique, une telle éventualité témoignant souvent d'une insuffisance secondaire des contractions utérines ainsi facilement corrigée.

Chez la multipare il est très important, pour obtenir les meilleurs effets de la Méthode, de ne l'entreprendre que lorsque le travail est parfaitement déclenché.

Or chez elle, à deux ou cinq francs les contractions utérines ne sont pas toujours valables, et la potentialisation peut entraîner une certaine hypocinésie.

Il sera alors facile de compenser ce défaut de contractilité par l'adjonction à la médication habituelle d'un ocytocique mineur qui est très généralement suffisant.

Dans ces conditions le travail évolue très régulièrement, avec un relâchement interphasaire excellent, ce qui renforce l'efficacité d'une dynamique à puissance minimum.

Les produits utilisés ont varié avec le temps, en ce qui concerne :

- l'antispasmodique musculotrope utilisé : Spasmavérine, Lyspamol, Spasmodex.
Les produits utilisés ayant une activité voisine, la substitution de l'un à l'autre est sans grande importance.
- et l'antihistaminique dont l'intérêt est d'éviter le risque d'œdème interstitiel que l'on avait primitivement constaté avec les ganglioplégiques : Phénergan, puis Synopène (retiré du commerce), puis de nouveau Phénergan.

Mais les produits fondamentaux restent ceux qui agissent électivement sur le système autonome :

- le Diparcol, net dépresseur du tonus utérin
- et le Bromure de Tétr-éthyl-ammonium (Tetranium), qui reste le produit de base.

complétés par l'action du Flaxédil qui, venant après ces produits et potentialisé par eux, paraît bien avoir un effet net sur la tonicité périnéale, comme en témoigne la durée particulièrement courte de la période d'expulsion.

Nous renvoyons pour les données chiffrées des résultats de cette méthode aux travaux cités ci-dessous :

Professeur Agrégé J. GRASSET et J. PIALOUX

Accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées.
Thérapeutique récente (2^e Série Masson et Cie 1955).

B. NGOHOU

L'accouchement physiologiquement accéléré et à douleurs atténuées. Résultats actuels et modifications apportées à la Méthode.
Thèse Paris 1962.

ACCOUCHEMENT PSYCHO-PROPHYLACTIQUE

On ne relève pour 1965 que très peu de cas : 5 au total, qui ont bénéficié de la préparation.

Ce petit nombre d'observations est expliqué par deux faits :

- le recrutement hospitalier qui n'est pas très favorable à la compréhension de l'utilité d'une telle méthode,
- le fait que bon nombre des femmes qui viennent suivre les cours de préparation, du fait des facilités financières qui leur sont offertes, vont accoucher en ville.

Il est difficile, dans ces conditions, d'avoir une idée sur la qualité des résultats obtenus.

ooOoo

CHAPITRE VI

ANOMALIES DE LA PARTURITION

I - ACCOUCHEMENTS PREMATURES.

Nous renvoyons le lecteur au Chapitre X, où cette question sera traitée sous l'angle pédiatrique.

II - GROSSESSE PROLONGEES.

Le problème des grossesses apparemment prolongées n'est pas encore résolu, et pourtant une telle éventualité, est fréquente (plus de 4 % dans notre série), et ne laisse pas de poser de difficiles problèmes à l'accoucheur en même temps qu'elle fait courir de graves risques à l'enfant, et ce, avec parfois un dépassement très court.

Nous avons relevé pour 1965, 63 observations de grossesses qui paraissaient prolongées.

Pour mettre un peu d'ordre dans ces observations complexes, et pouvoir en dégager quelques remarques, nous avons décidé de les classer de la manière suivante, qui correspond d'ailleurs à ce qui s'est passé dans la pratique, en relevant les faits saillants des observations :

1°- Certaines femmes sont arrivées en travail, au-delà de leur terme présumé et ont accouché :

- Primipares 4 cas

369, 751, 1251

788 seul cas de post-maturité, avec liquide purée de pois avec un terme + 27 jours. Forceps. Vivant.

- Multipares 14 cas

Sans post-maturité : (229, 267, 454, 462, 923, 1077, 1310, 1313,
(1493, 1549,

Avec post-maturité : (178, 975,

Avec post-maturité et oligo-amnios purée de pois

1291 - terme + 15 jours Mongolien

1070 - terme + 6 jours Décédé à la 6ème heure d'HCM.

2°- Pour le deuxième groupe, on a attendu sous surveillance

Le déclenchement s'est fait spontanément :

- Primipares : 8 cas

- Sans post-maturité : 686 - mort à l'expulsion, malformation cardia-
que majeure.

874, 1100, 1143, 1466,

- Avec post-maturation et liquide purée de pois :

1252 - terme + 4 jours

- Avec souffrance sans signe de post-maturation :

1365 - césarienne

1377 - césarienne

- Multipares : 7 cas

- Sans post-maturité : 429, 770, 1091, 1444, 1511,

- Avec signes de post-maturité : 644, 723.

3°- Pour le troisième groupe on a fait une césarienne
d'emblée ou en début de travail.

- Primipare 1564 - Modifications des B d C. Aucun signe de PM

- Multipares 60 - Précédent de souffrance foetale avec césarienne à terme
+ 8. Ici terme + 6, diminution des mouvements, pas de
signe de post-maturité.

313 - Précédent de césarienne pour terme dépassé et toxémie
avec échec de déclenchement.
Ici terme + 8. Césarienne en début de travail avec li-
quide très teinté.

4°- Pour le quatrième groupe une première tentative de déclenchement
induit le travail d'emblée :

- Primipares 7 cas, sans signe de post-maturation
99, 157, 348, 438, 465, 1085 (siège), 1090.

- Multipares 10 cas

- Sans post-maturation : 51, 172, 286, 472, 725, 890, 1162, 1264,
- Avec signes de post-maturité et liquide très teinté : 255, 760.

5°- Pour le cinquième groupe, la tentative induit le travail le lendemain

1278 - Primipare. En début de travail, modification des B d C. Césarienne, liquide purée de pois. Réanimation 10 minutes. Bien portant. Signes de régression placentaire à l'histologie.

6°- Pour la sixième groupe, échec de la tentative, abstention,

Déclenchement spontané ultérieur.

- Primipares : 2 cas sans signes de post-maturité
977, 1175.
- Multipares : 4 cas sans signe de post-maturité
49, 734, 895, 1029.

7°- Il n'y a pas eu de femmes entrées en travail à la 2ème tentative.

8°- Pour le huitième groupe, échec d'une deuxième tentative

- Primipare : 608 - Déclenchement spontané. Pas de signe de post-maturité.
- Multipare : 860 - Césarienne après le 2ème déclenchement, pas de post-maturité.

9°- Pour le neuvième groupe, une 3ème tentative a été faite :

449 - Succès du 3ème déclenchement. Pas de signe de post-maturité.

Remarques à propos de ces observations :

A la lecture de ces observations, on remarquera :

1 - Qu'aucun élément de surveillance actuellement à notre disposition, n'a de valeur absolue. Hormis la surveillance très assidue des bruits du coeur. Mais leur modification est un signe considéré comme très tardif de souffrance foetale.

Les frottis vaginaux nous ont donné 4 faux négatifs, c'est grave si on se base sur eux pour emporter une conviction et une décision (1365, 1252, 1278, 644). Leur intérêt, qui n'est pas négligeable, est de faire prendre patience aux femmes, mais il ne faut pas attendre d'eux, pensons-nous, une réelle sécurité.

La radiologie, ne peut guère, au mieux, qu'apporter la certitude de l'absence de prématuration.

2 - Que dans l'ensemble les résultats sont satisfaisants puisque sur 7 accidents foetaux :

- 4 ne semblent pas imputables à la prolongation de la grossesse :

686 - Mort à l'expulsion, mais malformation cardiaque majeure

874 - Hydrocéphale polymalformé.

1291 - Mongolien

1466 - Anencéphale

- un est difficilement imputable à la prolongation :

1029 - Mort in utero lors du travail, mais sans signe de post-maturité, et avec liquide abondant et clair.

- Par contre 2 cas paraissent imputables à la prolongation :

1278 - Respiration assistée, 20 minutes. Vivant.

1076 - HCM avec décès à la 6ème heure.

3 - Que le pronostic foetal peut être compromis, même avec un dépassement très court. Nos deux cas les plus typiques n'avaient que 4 jours (1252) et 6 jours (1076), ce dernier avec mort foetale. Le problème n'est pas à la durée du dépassement de terme, mais au degré de souffrance foetale éventuelle, très difficile à apprécier.

4 - Que la technique de déclenchement utilisée dans le service ne s'avère pas dangereuse, comme elle est maniée, puisque sur 31 déclenchements :

Aucun accident ne peut lui être imputable.

Cette technique consiste à faire :

Oestradiol I.V. : 10 mg.

Une heure après (2 unités de post-hypophyse

en I.M. (1/2 ampoule de spasalgine

et un cachet de quinine à 0,25 g.

Médication à renouveler toutes les 30 minutes

jusqu'à un total : { de 10 unités
 { 2,5 cc. de spasalgine
 { 0,75 g. de quinine

qui est loin d'être toujours atteint.

Il va sans dire que la surveillance de la femme doit être constante, et qu'en cas d'hypertonie, les injections devraient être espacées, en même temps que l'on ferait une injection supplémentaire immédiate de 1 cc. de spasalgine.

Une fois le travail nettement déclenché, la direction du travail sera assurée par la méthode habituelle au service, et qui a été étudiée au chapitre V.

5 - Mais nous noterons cependant,

Outre le fait que la seule mort foetale correspond à une femme qui ne s'était pas fait surveiller après terme (1076) et chez laquelle on n'avait pas rompu tôt la poche des eaux,

Que l'attitude adoptée, guidée au mieux par la clinique et les frottis, assez peu interventionniste lorsque la femme est en travail avec de bons bruits du coeur, est malgré tout empirique.

Quelle que soit l'attitude adoptée, dans chaque rubrique ou presque, on trouve des enfants non postmatures et des postmatures; avec ou sans souffrance, en fin de grossesse ou per partum.

Il apparaît donc que la solution apportée, si elle offre une certaine sécurité puisqu'on est prêt à intervenir si apparaissait une souffrance foetale, n'est pas pleinement satisfaisante.

La faute en incombe à la difficulté du problème qui n'est pas encore résolu de façon satisfaisante.

Il le sera peut-être dans un avenir proche par l'Ammioscopie, et la ponction du cuir chevelu à la recherche d'une acidose foetale.

Il n'en reste pas moins que ces pratiques resteront hors de portée de la plupart des accoucheurs, et que le problème demeurera sans doute encore longtemps ce qu'il est actuellement.

En conclusion : Dans la pratique courante,

Il faut donc insister pour revoir toute femme qui n'a pas accouché à la date prévue,

Ne pas se leurrer sur la sécurité parfois trompeuse, apportée par les frottis vaginaux, même après désinfection vaginale et même s'ils sont utiles,

Demander un cliché du contenu utérin, qui peut montrer un point de Bécclard ou parfois révéler une malformation foetale.

Surveiller avec une particulière rigueur les bruits du coeur en fin de grossesse et tout particulièrement en début de travail, que ce dernier soit spontané ou qu'on ait cru devoir le déclencher artificiellement si les conditions obstétricales s'y prêtaient.

Surtout peut-être, savoir ne pas se priver de la rupture très précoce des membranes, qui, si elle donne issue à un liquide franchement méconial, nous paraît être un argument suffisant pour décider de l'extraction par voie haute.

III - ANOMALIES de la DILATATION

et DYSTOCIES DYNAMIQUES

Nous n'envisagerons pas ici les anomalies de la dilation qui avaient par ailleurs une cause évidente : anomalie mécanique majeure telle qu'angustie pelvienne, présentations vicieuses, disproportion foeto-pelvienne évidente, et ont rapidement abouti à une césarienne.

Nous n'envisagerons ici :

1°- Que les anomalies de dilatation secondaires à une difficulté mécanique mineure et transitoire,

2°- Et les anomalies de dilatation qui paraissent vraiment primitives :

- Insuffisance des contractions,
- Hypertonie,
- Et impossibilités de dilatation.

soit au total 28 cas.

Il est à noter d'emblée, que parmi les anomalies de dilatation observées, il n'a été relevé aucun cas d'oedème vrai du col.

Il nous paraît que les moyens actuellement à notre disposition : antispasmodiques, perfusion ocytocique, ganglioplégiques, tels, par exemple, que les utilise la méthode de direction du travail préconisée par Monsieur le Professeur Agrégé Grasset, sont responsables de cette disparition de l'oedème du col, qui n'était que le stade tardif du retentissement sur le col des troubles de la contraction utérine.

1°- ANOMALIES de la DILATATION SECONDAIRES à une difficulté mécanique mineure et transitoire :

Les 11 cas observés relèvent de difficultés d'accomodation.

- Occipito-postérieures mal fléchies : 9 cas

OIGP : 493, 512, 1210, Primipares
378, II°pare

OIDP : 814, 889, 1345, 1391, 1398, Primipares

- Gros enfants : 1174 OIGA pas très bien fléchi,
- Bassin anthropoïde : 806 primipare.

Ces 11 cas ont trouvé une solution avec la mise en route d'une perfusion ocytocique qui a régularisé la dynamique utérine et a permis de laisser se parfaire l'accomodation.

2°- ANOMALIES de la DILATATION PARAISSANT VRAIMENT PRIMITIVES.

1 - INSUFFISANCE DES CONTRACTIONS : 12 cas

- Insuffisance primitive : un seul cas

864 - Primipare de 21 ans. Rupture prématurée des membranes, insuffisance primitive des contractions, avec souffrance foetale. Pas d'ocytociques. Césarienne. Segment inférieur très mince, enfant de 3.300 g. Aucune cause retrouvée.

- Insuffisance vers petite paume :

Primipares : 1, 119, 713, 758, 801,
958 (obèse albuminurique)
1359, 1489,

II° pare : 79,

Ces cas ont trouvé leur solution dans une perfusion ocytocique.

- Insuffisance des contractions lors de l'expulsion :

233, 1381, primipares qui ont bénéficié d'une perfusion de descente.

On peut s'étonner de ne relever aucun cas d'insuffisance des contractions chez les multipares, cas le plus fréquent dans la pratique. Ces cas n'ont en effet pas nécessité la mise en route d'une perfusion ocytocique, mais le simple usage d'ocytocique mineur, lequel, associé au cocktail neuroplégique de la méthode d'accouchement physiologiquement accéléré, a toujours été suffisant pour mener à son terme la dilatation.

Aussi ne les avons-nous pas relevé, nous limitant aux cas qui ont nécessité une perfusion.

II - HYPERTONIES : deux cas :

734 - XII° pare de 36 ans. Terme + 40 jours. Echec du déclenchement. Entre spontanément en travail 16 jours après. Hypertonie, souffrance foetale, césarienne avec l'impression que les bruits du coeur existent encore. Enfant mort récemment, 4.460 g. Pas de signe de post-maturité, mais possibilité d'un hématome rétro-placentaire.

931 - IV° pare de 37 ans. 3 accouchements naturels à terme (Le 2ème enfant est porteur d'une cardiopathie). Accouchement à 8 mois. Liquide très teinté, enfant mort-né de 2.000 g.

Deux cas, deux enfants morts, soulignent la gravité et la rapidité du retentissement foetal d'une telle anomalie.

III - IMPOSSIBILITE D'OBTENIR UNE DILATATION : 3 cas :

1238 - III° pare. Premier enfant né à terme dépassé et mort d'HCM. Deuxième enfant ANT, RAS.

Ici, malgré d'excellentes contractions, la dilatation reste lenticulaire. La calotte segmentaire, blanchâtre est d'aspect cicatriciel.

Pas de notion de comprimé de permanganate. Césarienne, enfant vivant.

1172 - II° pare. Césarienne au premier accouchement pour terme dépassé, déclenchement et souffrance.

Ici, en début de travail, hypercinésie sur utérus cicatriciel, sans dilatation. Itérative, ligature. Enfant de 2.500 g.

1458 - Arrêt de la dilatation après 6 heures de travail malgré des contractions suffisantes et un travail correctement dirigé.

En conclusion :

Nous avons relevé 28 cas de dystocias dynamiques, ayant donné lieu à

- 23 accouchements par voie basse
- et 5 césariennes
- avec 2 enfants morts.

Il est à noter le très faible nombre de cas (23) soit moins de 1,5 % des 1569 accouchements, pour lesquels une perfusion ocytocique s'est avérée nécessaire, en raison d'une anomalie de la dynamique utérine.

Certes, il n'est fait état ici que des cas majeurs, les autres ayant été solutionnés par un ocytocique mineur, mais de tels chiffres font ressortir pour des durées de dilatation relativement courtes, l'efficacité de la déconnexion utérine par les ganglioplégiques, qui, en abaissant le tonus basal permet une excellente efficacité des contractions utérines, contribuant ainsi puissamment à réaliser un accouchement au minimum de puissance.

IV - VICIATIONS PELVIENNES.

Nous avons relevé pour l'année 1965, 47 cas de viciations pelviennes. Nous étudierons les divers types de bassins rencontrés et le mode d'accouchement auquel ils ont donné lieu.

1°- BASSINS à RETRECISSEMENT ANTERO-POSTERIEUR.

1 - Bassins plats un seul cas

316 - III° pare. Deux enfants de 2.240 et 2.340 g.

Césarienne à dilatation complète pour non engagement avec un enfant de 2.900 g.

2 - Bassins généralement rétrécis : 20 cas

- Accouchements naturels :

634 - III° pare, 2.420 g.

1396 - II° pare. Magnin à 20,7 - Accouchement naturel à terme.
3.400 g.

- Forceps :

223 - Primipare. OI DP-OP. Potentialisation, perfusion
Forceps, 2.540 g.

1300 - Primipare, capacité subnormale, 3.600 g.

- Césariennes pour siège :

- 1051 - Primipare. Magnin à 19,6. Enfant de 2.400 g.
- 1375 - 2ème césarienne itérative, 3.200 g.

- Césariennes sur céphaliques :

Première césarienne :

- Systématique : 59 - primipare
 - 192 - I° pare, stérilité, 39 ans
 - 501 - I° pare. B. canaliculé, 3.760 g.
 - 714 - I° pare. 3.040 g.
 - 1115 - I° pare. 3.520 g.
- Pour stagnation du travail :
 - 506 - Bregma, B.G.R. léger, sacrum plat
 - Enfant de 3.140 g.
- Aucune pour non engagement.

Deuxième césarienne avant tout travail :

- 8 -
 - 235 - VIII° pare, B.G.R., utérus fragile et cicatriciel.
 - Enfant de 4.370 g. Stérilisation.
 - 471 - III° pare, découverte d'une brèche. Ligature après suture, enfant vivant.
 - 1009 - II° pare à 8 mois 1/2
 - 1072 - II° pare, 3.520 g.

Troisième césarienne systématique :

- 155 - 3ème enfant vivant, stérilisation
- 628 - 1527 id.

3 - Bassins plats et généralement rétrécis = néant.

Ce type de bassin, le seul considéré comme vraiment rachitique, devient rare.

2°- BASSINS TRANVERSALEMENT RETRECIS : 19 cas

- Accouchements naturels (tous en sommet)

- 232 - Primipare. B.T.R. léger. Enfant 2.880 g.
- 461 - II° pare, 3.800 g.
- 686 - I° pare, bassin anthropoïde à capacité subnormale, enfant mort à l'expulsion, malformation cardiaque majeure.
- 755 - Primipare. Enfant de 2.920 g.
- 806 - I° pare, bassin anthropoïde. Perfusion, 3.380 g.
- 1388 - I° pare. Magnin à 21,8. Enfant de 3.300 g.
- 1531 - I° pare. Bassin un peu triangulaire, 3.180 g.

- Forceps = néant.

- Césariennes pour siège :

- 168 - Itérative chez une III° pare à 2 Fr. 3.000 g.
- 1200 - Primipare obèse, bassin rond.
- 1426 - I° pare, bassin rond, Magnin à 21,8

- Césariennes pour céphalique :

Première césarienne :

- Systématique : 750 - II° pare, 3.300 g.
902 - I° pare, 40 ans, bassin triangulaire
- Après épreuve : 1180 - I° pare, bassin reconnu après la césarienne.
752 - I° pare, bassin reconnu dans les suites de couches.

Deuxième césarienne :

- Systématique : 1439 - Bassin triangulaire, Magnin 20,4
- En début de travail :
 - 130 - Rupture prématurée des membranes, souffrance. 4.100 g.
 - 561 - Anthrope, crainte de rupture utérine.

Troisième césarienne itérative :

- 1407 - Bassin rond à capacité subnormale. Avait eu 2 césariennes. 2.900 g. Stérilisation.

3°- BASSINS DE BOTTERIES :

- COXALGIE

- 24 - I° pare, opérée à 13 ans, capacité subnormale. Accouchement normal à terme. Enfant de 3.820 g.

- LUXATION UNILATERALE

- 16 - II° pare, butée après le 1er accouchement. Accouchement normal à terme. Enfant de 4.340 g.
- 226 - Primipare. Accouchement normal à terme. Enfant de 3.640 g.
- 361 - IV° pare, opérée, ostéomyélite avec blocage, ostéotomie de redressement. Accouchement normal à terme. 2.800 g.
- 1048 - II° pare. Accouchement normal à terme. Enfant de 3.700 g.

- Autres types = Néant.

4°- BASSINS DE BOSSUES = Néant.

5°- VICIATIONS DIVERSES :

428 - Bassin généralement rétréci, avec scoliose congénitale greffée à 17 ans. Entrée en travail disproportion foeto-pelvienne, césarienne. Enfant de 3.260 g.

929 - Primipare. Fracture complexe du bassin au 6ème mois. Ascension de l'hémi-bassin gauche, avec fracture de l'aile iliaque et de l'aileron sacré à gauche. Fracture de la branche ischio-pubienne droite avec légère disjonction de la symphyse pubienne. Traitement orthopédique.

Aucun cal perçu, capacité obstétricale normale.

Accouchement normal à terme d'un enfant de 3.500 g.

Au total :

Nous relevons : - 30 césariennes
 - 15 accouchements naturels
 - 2 applications de forceps.

Mortalité maternelle nulle.

Mortalité foetale : un cas, non imputable à l'accouchement, puisqu'il s'agissait d'un enfant porteur d'une malformation cardiaque majeure incompatible avec la vie.

Ce problème des viciations pelviennes a beaucoup perdu de son importance dans les accouchements en présentation céphalique, depuis que l'épreuve du travail peut être conduite avec une efficacité et une sécurité plus grandes, et depuis que les antibiotiques et la césarienne segmentaire donnent une grande sécurité dans le traitement des cas difficiles.

La dystocie d'engagement a ainsi beaucoup perdu de sa gravité. Seule garde sa gravité la dystocie du détroit moyen, par les difficultés d'extraction dont elle peut être la cause. Nous n'avons relevé aucun cas où de telles difficultés se soient présentées et où l'on ait du renoncer à l'extraction par voie basse d'une tête bloquée dans l'excavation.

Par contre, le dépistage des bassins transversalement rétrécis, acquiert un intérêt tout particulier dans les présentations du siège, et c'est là un gros apport de sécurité de la radiopelvimétrie, de même qu'un élément important dans la discussion de la conduite à tenir.

V - PROCIDENCES.

- des membres = néant.

- du cordon : 2 cas

570 - IV° pare. Procidence à GP/DC. Disparition quasi immédiate des bruits du coeur. En quelques instants la dilatation est complète, la tête est prise à la partie moyenne en variété antérieure par une application de forceps Suzor. Enfant ranimé 15 minutes avant le premier cri. Hémorragie méningée d'évolution satisfaisante pour l'immédiat.

Choc hémorragique. Suites simples.

1038 - Accouchement prématuré, sur utérus cicatriciel chez une IV° pare en début de travail. Césarienne, enfant vivant de 2.440 g.

La gravité d'un tel accident, même en milieu spécialisé ne se dément pas.

VI - OBSTACLE PRAEVIA.

Une seule observation :

618 - Primipare de 28 ans. Kyste de l'ovaire praevia, gros comme un petit oeuf de poule. Tentative de voie basse.
Procidence à grande paume avec souffrance foetale.
Césarienne suivie de kystectomie. Enfant vivant.
Histologie : kyste séreux.

VII - DYSTOCIE DES EPAULES.

Quatre observations pour le service :

173 - VIII° pare. Enfant de 4.100 g. Difficultés aux épaules : paralysie du plexus brachial, actuellement en traitement.

517 - II° pare. Enfant de 4.600 g.
Fracture des deux clavicules, suites simples.

952 - VII° pare. Enfant de 3.820 g.
Simple difficulté aux épaules.

1110 - VII° pare. Enfant de 4.120 g.
Difficultés aux épaules.
Fracture de l'humérus, suites simples.

Le cas d'une femme accouchée en ville et qui est arrivée avec enfant mort.

901 - Enfant de 4.780 g. Abaissement facile des bras.

VIII - COMPLICATIONS TRAUMATIQUES DE L'ACCOUCHEMENT.

1°- DECHIRURES : Au total 154 observations, mais le plus souvent sans gravité.

1/. Vulvaires : 42 observations

- Lèvres : 13 observations
32, 465, 626, 641, 773, 883, 857, 1002, 1003, 1004, 1221,
1315, 1359.

- Eraillures de la fourchette : 29 observations
95, 97, 146, 149, 402, 435, 579, 611, 622, 644, 768, 776, 915,
949, 973, 974, 1116, 1118, 1141, 1219, 1227, 1233, 1245, 1263,
1489, 1511, 1539, 1550, 1554.

2/. Périnéales : 97 observations

- Incomplètes : 95 observations

a - Primipares : 39 observations

9, 24, 28, 89, 154, 201, 220, 251, 263, 271, 306, 342,
375, 396, 408, 423, 472, 535, 627, 638, 739, 824/25,
848, 917 bis, 926, 1063, 1137, 1192, 1255, 1269, 1308,
1357, 1394, 1455, 1466, 1471, 1563,

Parmi ces 39 cas : un siège, une gemellaire et 2 accouchements en ville.

b - Multipares : 56 observations

- Sur périnée cicatriciel : 37 observations,

143, 204, 211, 227, 237, 277, 336, 367, 398, 765,
909, 920, 921, 924, 941, 988, 993, 1078, 1086, 1103,
1122, 1136, 1187, 1196, 1228, 1298, 1324, 1339, 1363,
1384, 1402, 1414, 1423, 1481, 1544.

Dont 6 pour des enfants pesant plus de 4.000 g.

- Sans précision : 29 observations,

141, 151, 152, 218, 232, 255, 270, 308, 349, 377, 383,
390, 441, 490 bis, 612, 696, 760, 771, 788, 1049, 1058,
1207, 1216, 1235, 1343, 1425, 1461 bis, 1486, 1549.

Dont un forceps, 4 enfants de plus de 4.000 g., 2 accouchements dans l'ambulance et 2 accouchements en ville.

- Complètes : 2 observations.

1312 - Primipare. Accouchement naturel OIGT - OP.
3.900 g. Musset. Bon résultat.

1348 - Primipare. Forceps en OP, bas, épisiotomie,
3.780 g. Musset. Bon résultat.

- Complicquée : néant.

3/. Vaginales : 13 observations, toutes de la partie basse du vagin.

118, 291, 507, 547 (forceps), 653, 814 (forceps, sur 6 cm), 925,
1342, 1346, 1361 (siège), 1523 (atteignant l'orifice urétral),
1531, 1541.

4/. Cervicales : 2 observations,

171 - Primipare. Accouchement naturel en OP. Episiotomie, Déchirure de la lèvre antérieur du col, restant intra-vaginale.

596 - VII° pare. Accouchement naturel en OP. Enfant de plus de 4 kg., ici 6.060 g. Déchirure remontant jusqu'au cul de sac.

2°- RUPTURES UTERINES : 2 observations,

202 - III° pare de 20 ans.

Césarienne en 1962 pour disproportion foeto-pelvienne. 4.100 g.

Forceps en 1963

3ème grossesse : forceps, extraction en OS, 3.650 g.

Episiotomie, Délivrance artificielle. La révision utérine systématique découvre une déhiscence de la cicatrice d'hystérotomie antérieure, restant sous-péritonéale.

Suture par voie haute avec stérilisation.

471 - III° pare de 34 ans.

Une césarienne pour B.G.R.

Un forceps à 7 mois 1/2

3ème grossesse : césarienne à 8 mois 1/2, avant tout travail.

3.400 g. Découverte d'une brèche de 5 cm. sur la cicatrice antérieure. Suture. Stérilisation.

3°- DESINSERTION CERVICO-VAGINALE : une observation.

583/84 - III° pare. Albuminurie importante. Gémellaire.

Premier jumeau, accouchement en sommet.

Deuxième jumeau, présentation de l'épaule.

Tentative de version. Désinsertion cervico-vaginale.

Césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant mort.

4°- THROMBUS VAGINAL : une observation.

569 - II° pare de 26 ans. Accouchement en ODP-OS, 2.800 g.

Thrombus de la taille d'une grosse prune.

Suites simples.

EN CONCLUSION -

Parmi les anomalies et complications de la parturition, nous avons relevé :

- Outre 105 cas d'accouchements prématurés, dont nous verrons au chapitre X qu'ils ont donné lieu à :

- 94 accouchements naturels,
- 2 applications de forceps,
- 1 version par manoeuvres internes,
- et 3 césariennes.

- 63 cas de grossesses présumées prolongées
qui ont donné lieu à :

- 55 accouchements naturels : 37 spontanés et
18 provoqués,
- 1 application de forceps,
- et 7 césariennes,

avec 2 enfants morts.

- 28 cas de dystocies dynamiques
avec :
 - 23 accouchements par voie basse
 - et 5 césarienneset avec 2 enfants morts.
- 47 cas de viciations pelviennes
avec :
 - 30 césariennes,
 - 15 accouchements naturels
 - et 2 applications de forceps,et un enfant mort, malformé.
- 2 cas de procidence du cordon
avec 1 césarienne,
et 2 enfants vivants, mais une H.C.M.
- 1 cas de kyste de l'ovaire praevia
ayant nécessité une césarienne.

Par ailleurs, nous avons relevé :

- 154 déchirures, vulvaires, périnéales, vaginales ou cervicales
avec seulement 2 déchirures graves ayant eu des suites favorables.
- 1 thrombus vaginal sans histoire,
- 2 déhiscences de cicatrice d'hystérotomie
avec enfants vivants, suture et stérilisation.
- et 1 désinsertion cervico-vaginale secondaire à une tentative
de version extraction d'un 2ème jumeau.
Avec hystérectomie.

C H A P I T R E VII

ANOMALIES ET COMPLICATIONS DE LA DELIVRANCE

I - DELIVRANCE ARTIFICIELLE : 105 observations

a - Pour non décollement placentaire : 26 observations.

18, 36, 51, 128, 172, 186, 210, 230, 275, 346, 401, 406, 421, 457, 571, 631, 659, 728, 778, 941, 1097, 1160, 1283, 1371, 1380, 1550.

b - Pour hémorragie de la période d'attente : 13 observations

103/04 (gémellaire), 260 (insertion basse), 394, 596, 658, 903, 912, 931, 1000, 1362, 1402, 1447, 1497.

c - Délivrance artificielle systématique :

- après application de forceps : 53 cas

26, 41, 52, 94, 99, 119, 122, 150, 153, 160, 202, 213, 223, 305, 331, 443, 453, 547, 551, 585, 621, 678, 712, 727, 772, 788, 800, 801, 806, 889, 905, 946, 1049, 1091, 1143, 1174, 1175, 1186, 1210, 1282, 1286, 1300, 1321, 1337, 1345, 1348, 1349, 1381, 1393, 1441, 1482, 1488, 1568.

- dans d'autres cas : 13 observations.

43 - Sièges décompletés, après Mauriceau
80/81/82 - Gestation triple.

139 - Accouchement très prématuré chez une diabétique.

240 - Rétention de fœtus mort.

824/25 - Gémellaire, version grande extraction du deuxième jumeau.

1061 - Gémellaire, après extraction d'un deuxième jumeau (masse informe)

1144 - Après version grande extraction -(présentation transverse)-.

- 1190 - Après accouchement par le siège d'un foetus mort prématuré.
- 1256 - Rétention de foetus mort.
- 1320 - Rétention de foetus mort.
- 1335/36 - Gémellaire, après extraction du deuxième jumeau
- 1497 - Césarienne antérieure.
- 1565 - Après accouchement très prématuré d'un foetus mort.

II - HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE : 40 observations.

- 1 - Pour décollement incomplet : 11 observations
394, 596, 903, 912, 1000, 1402, 1447, 1497, 1525 (décollement incomplet, après révision utérine faite en ville ayant laissé le placenta tout entier).
- 2 - Pour rétention : 5 observations.
196, 299, 977, 1142, 1398.
- 3 - Pour atonie : 23 observations.
49, 82, 220, 304, 326, 343, 429, 468, 570, 625, 654, 674, 712, 726, 785, 788 (utérus double unicervical, avec insertion basse du placenta), 1105, 1225, 1293, 1369, 1420, 1505, 1517.
- 4 - Pour troubles de la coagulation : 1 observation.
1408 - Hémorragie brutale après la délivrance. Atonie.
Révision utérine ramenant des caillots. Temps de coagulation : 5 minutes. Redissolution du caillot : 15 minutes.
Conclusion : Fibrinolyse, ayant cédé après 30 minutes au traitement : Iniprol 3.000.000, plus 3 flacons de sang, plus Fibrinogène.
- 5 - Traumatiques : pas d'observation.

III - REVISION UTERINE : 89 observations.

- 1 - Pour délivrance incomplète : 22 observations
140, 178, 196, 227, 262, 433, 521, 692, 957, 977, 982, 984, 1059, 1094, 1142, 1187, 1281, 1315, 1463, 1523, 1524, 493.
- 2 - Pour délivrance douteuse : 29 observations
15, 40, 57, 87, 101, 149, 151, 171, 342, 400, 490 bis, 494, 540, 565, 581, 586, 805, 907, 1079, 1105, 1151, 1156, 1166, 1285, 1287, 1384, 1405, 1491, 1541.
- 3 - Pour hémorragie après la délivrance : 16 observations.
49, 220, 299, 304, 326, 343, 429, 468, 674, 726, 788, 1369, 1398, 1408, 1420, 1505.

4 - Révision utérine systématique :

a - Utérus cicatriciel : 7 observations.

39, 202, 529, 614, 735, 939, 940.

b - Accouchement en ville : 6 observations.

259 bis, 288 bis, 472, 917 bis, 1215 bis, 1525.

c - Mort in utero : 8 observations.

565, 604, 891, 931, 963, 965, 1250, 1404.

d - Placenta praevia : 1 observation.

892.

ooOoo

C H A P I T R E VIII

I - PATHOLOGIE DES SUITES DE COUCHES

I - SEIN -

1 - Engorgements mammaires : 3 observations

1409, 1417 (au 7ème jour, persistant, fébrile, menace d'abcès :
Pénétracyne. Résolution), 1459 (au 13ème jour).

2 - Lymphangites : 12 observations.

514, 707, 996, 1040, 1087, 1152, 1180, 1344, 1377, 1436,
plus 2 cas non numérotés.
Régression sous traitement antibiotique.

3 - Abcès du sein : 1 observation

805 - Primipare. Abcès du sein gauche trois semaines après
l'accouchement. Incision : 300 cm³ de pus.
Staphylocoque doré.

II - INFECTIONS UTERINES : 4 observations

18 - Délivrance artificielle très difficile pour non décollement.
Hémorragie. Sang. Suites fébriles. Endométrite probable.

739 - Endométrite

1035 - Annexite gauche

1357 - Endométrite.

III - HEMORRAGIES DES SUITES DE COUCHES : 5 observations.

- 29 - Hémorragie au 7ème jour. Révision utérine ramenant quelques débris nécrosés.
- 39 - Hémorragie au 12ème jour. Atonie, infection.
- 1381 - Hémorragie au 13ème jour. Transfusion : 1 flacon. Traitement médical.
- 2 observations non numérotées : hémorragies aux 8ème et 12ème jours après accouchement en ville, cédant au traitement médical.

IV - INFECTIONS URINAIRES : 12 observations

- Pyélites : 9 observations
 - colibacilles : 148, 1275, 1286, 1360, 1515.
 - entérocoques : 916, une observation sans n° (accouchement en ville)
 - staphylocoques : 966
 - protéus : 5
- Cystites : 3 observations
 - 8 (après césarienne), 312, 1501.
 - Toutes à colibacilles.

V - PHLEBITES - EMBOLIES.

1 - Phlébites : 6 observations

- 569 - XII° pare. Phlébite au 2ème jour, après accouchement normal.
- 585 - Primipare. Accouchement par forceps. Phlébite au 2ème jour.
- 665 - III° pare. Phlébite au 2ème jour, après accouchement naturel à 8 mois.
- 1272 - VI° pare. Phlébite du mollet droit avec fièvre et oedème, 2 jours après accouchement naturel à terme.
- 1327 - III° pare. Suspicion de phlébite au 2ème jour. Traitement préventif.

2 - Embolies : 3 observations, sans signe de phlébothrombose périphérique

- 1236 - Embolie au 6ème jour. Exitus (Cf. Chapitre XI)
- 1353 - II° pare. Césarienne pour présentation du front. Embolie pulmonaire au 2ème jour.
- 1527 - III° pare. Troisième césarienne pour B.G.R. Embolie pulmonaire au 2ème jour.

VI - DIVERS -

- 68 - Oreillons au 3ème jour
- 143 - Crise hémorroïdaire au 8ème jour.
- 297 - Pneumopathie aiguë au 6ème jour, fébricule, image sommet gauche, explorée.

- 699 - Entérite à staphylocoques au 10ème jour.
- 1103 - Epileptique. Crise convulsive au 4ème jour. La malade avait omis de prendre son gardénal le jour de la crise.
- 1139 - Sciatique gauche réveillée par l'accouchement. Antécédents de sciatique en 1959. Radiographie. Cédation 10 jours après.
- 1390 - Primipare. R.M. bien toléré. Trois jours après accouchement normal : agitation sans délire, pâleur, anémie (2 millions 8 G.R.), hyperleucocytose (14.800) Phlébite cérébrale ? Osler ? Deux taches purpuriques. Aucune étiologie retrouvée.

VII - PSYCHOSE DES SUITES DE COUCHES : pas d'observation.

II - POST-PARTUM

I - HEMORRAGIES : 3 observations

- 728 - II° pare. Accouchement naturel à terme. Délivrance artificielle pour non décollement. Saigne depuis son accouchement. Consulte un mois après. H.S.G. : rétention, laminaires, curetage : polype décidual.
- ss n° - IV° pare. Hémorragie abondante 1 mois 1/2 après l'accouchement
En fait : retour de couches.
Arrêt sans traitement.
- ss n° - Métrorragies 3 mois 1/2 après accouchement. Expulse un cotylédon.

II - MYOMECTOMIE : 1 observation

- ss n° : Accouchement gémellaire en juillet 1965, en ville.
Myome douloureux à 5 mois. Réhospitalisée en septembre pour douleurs pelviennes et métrorragies abondantes depuis son accouchement. Température 38°6. Malgré traitement, le myome reste gros (pamplemousse), douloureux et saigne. Cavité ouverte.

III - SEIN.

- 1 cas de lymphangite 5 mois après l'accouchement chez une primipare qui allaite.
- 1 cas d'abcès du sein droit 1 mois 1/2 après l'accouchement chez une femme qui n'a pas allaité.

IV - DIVERS.

- 1 cas d'abcès chronique de la cuisse droite, 3 mois après accouchement normal chez une femme à hygiène très déficiente.

CHAPITRE IX

INTERVENTIONS AU COURS DE LA PARTURITION

1 - EPISIOTOMIES : 187 observations

I - INDICATIONS :

A - Dans les accouchements par le SOMMET :

Primipares : 120 observations.

a - Accouchement naturel :

- En O.P. : 75 observations

40, 48, 76, 111, 171, 180, 186, 215, 217, 238, 257, 275, 276,
348, 351, 352, 372, 401, 421, 450, 458, 512, 537, 539, 540,
563, 580, 603, 608, 619, 622, 642, 660, 686, 692, 701, 713,
724, 748, 758, 769, 782, 856, 874, 913, 918, 958, 965, 1010,
1034, 1057, 1064, 1065, 1161, 1222, 1251, 1287, 1305, 1306,
1307, 1341, 1350, 1358, 1368, 1373, 1386, 1391, 1397, 1398,
1424, 1448, 1470, 1495, 1505, 1535.

- En O.S. : 2 observations

71, 729.

b - Au cours des extractions par forceps :

- en O.P. : 42 observations

1, 26, 52, 94, 99, 119, 150, 153, 213, 223, 443, 453, 551,
585, 621, 678, 712, 727, 772, 788, 800, 801, 806, 814, 889,
905, 946, 1143, 1174, 1175, 1186, 1210, 1300, 1321, 1337,
1348, 1349, 1406, 1488, 1568.

- en O.S. : 1 observation

1345.

c - Au cours de version extraction : pas d'observation.

Chez les multipares : 53 observations.

a - Accouchement naturel :

- En O.P. : 45 observations.

12, 72, 79, 134, 175, 229, 295, 299, 354, 366, 406, 469, 498,
521, 545, 620, 630, 631, 647, 715, 719, 789, 840, 852, 907, 929,
939, 963, 971, 1087, 1156, 1225, 1231, 1265, 1309, 1347, 1401,
1409, 1427, 1447, 1453, 1457, 1479, 1536, 1559.

- En O.S. : 1 observation
1360.

b - Au cours des extractions par forceps :

- En O.P. : 5 observations

122, 871, 1091, 1441, 1482.

- En O.S. : 2 observations
202, 1286.

B - Dans les Sièges :

- Chez les primipares : 7 observations

13, 43, 326, 447, 757, 1059, 1085.

- Chez les multipares : 1 observation.
434.

C - Dans diverses circonstances :

- Face : 1 observation

160 (Complication de forceps).

- Gémellaire : 4 observations

103/04, 392/93, 451/52, 1061.

- Version grande extraction pour présentation transversale : 1 obser-
vation.
1144.

II - MODALITES

L'épisiotomie est généralement faite devant une menace de déchirure.

Elle est soit médio-latérale, soit latéro-latérale.

La réfection a toujours été immédiate, le plus souvent sous anesthésie générale.

La réfection a toujours été anatomique en trois plans, généralement à points séparés sur la muqueuse, agrafes ou nylons sur la peau.

III - RESULTATS

Efficacité immédiate : un seul cas de déchirure complète lors d'un forceps.

Dans les suites de couches, nous attachons beaucoup d'importance aux soins multi-journaliers, et en particulier au séchage du périnée, toute macération devant être évitée.

Dans le post-partum, aucune femme ne semble s'être plainte de dyspareunie.

Quant à l'efficacité lointaine, elle n'est évidemment pas appréciable.

EN CONCLUSION :

187 épisiotomies pour 1569 accouchements,
soit un peu plus de 11 %.

une primipare sur 3 environ, a eu une épisiotomie,
une multipare sur 18 environ, a eu une épisiotomie.

Ce nombre peut paraître élevé.

Il est vraisemblable cependant qu'une épisiotomie faite au bon moment, et refaite avec soin, est préférable pour l'avenir périnéal à un périnée apparemment intact, mais distendu à l'excès, ou à une déchirure dont il est difficile de prévoir à l'avance l'étendue et la gravité.

II - APPLICATION DE FORCEPS : 59 observations

I - INDICATIONS

Indications les plus fréquentes :

1 - Foetales :

- Systématiques : 3 observations
- de protection : Prématurité : pas d'observation
- Post-maturité : 1 observation

99

Fragilité de l'enfant : 2 observations
1186 (diabétique), 1448 (diabétique).

- Pour modification des bruits du coeur : 6 observations
213, 443, 871, 1395, 1406, 1568.

2 - Maternelles :

- Pour association pathologique : 4 observations
1 - (Tuberculose récente), 94 (cardiopathie),
153 (cardiopathie), 905 (hématome sous dural, opéré 3h.30 avant
l'accouchement).
- Pour arrêt de progression ou fatigue maternelle : 35 observations.
26, 52, 119, 122, 150, 223, 305, 379, 453, 547, 551, 585, 621,
678, 712, 727, 772, 800, 801, 806, 814, 889, 1049, 1091, 1143,
1174, 1175, 1210, 1300, 1321, 1377, 1345, 1348, 1349, 1441.
- Pour utérus cicatriciel : 4 observations.
41, 202 (brèche dans la cicatrice), 331, 1482.

- 3 - Mixtes : Non progression et modification des bruits du coeur : 5 observations.
788, 946, 1282, 1286, 1381.

Indications particulières :

- Présentation de la face : 1 observation
160.
- Procidence à grande paume/dilatation complète chez une IV° pare,
avec souffrance foetale (570).

II - MODALITES D'APPLICATION

Forceps utilisé : Suzor : 56 fois
Tarnier : 3 fois

Toujours sous anesthésie générale : Pentotal plus oxygène.

Hauteur de la présentation :

Aucune application à la partie haute,
aucun forceps d'essai.

Toutes à la partie moyenne ou basse.

Aucun cas de césarienne après tentative d'extraction par voie basse.

Présentation : à l'exception d'une face prise en M I G A, à la partie
moyenne, toutes les applications ont été faites sur des sommets.

Variétés de position pour les sommets :

- A l'exception : (de 3 applications en O.S. : 202, 1286, 1345.
(et de 2 applications en transverse
O I G T : 122, 1300.

- L'ensemble des applications semble avoir été fait sur des têtes en
O.P., ou en variétés antérieures.

Il n'est en effet noté aucune application en variétés postérieures.

Ce fait étant expliqué sans doute par la tentative systématique de rotation manuelle qui paraît dans cette série avoir toujours réussi.

III - RESULTATS :

1 - Maternels :

Mortalité nulle.

Lésions traumatiques :

- Épisiotomies : 51 sur 58 cas. Autant dire qu'elle a été systématique, du moins chez la primipare.

- Déchirures : 3 cas.

1348 - Périnée complet, malgré l'épisiotomie.
Forceps bas en O.P. Réparation technique Musset.
Suites sans histoires.

1049 - Déchirure incomplète.

547 - Déchirure vaginale, partie basse.

- Après un forceps systématique sur utérus cicatriciel (202), découverte lors de la révision utérine d'une brèche de 5 cm. de l'hystérotomie antérieure. Il ne semble pas à priori que le forceps en soit responsable.

Morbidité : une phlébite des membres inférieurs (585).

2 - Pour le fœtus :

Mortalité nulle.

Pas de lésions traumatiques.

Morbidité néo-natale :

- la désobstruction a été systématique

- 3 enfants ont été réanimés :

1348 - cri après 5 minutes. Bonnes suites.

1349 - " " " " "

570 - cri après 15 minutes. H.C.M. Mais l'extraction avait été faite pour une procidence survenue à GP/DC chez une IV° pare, avec souffrance fœtale. Enfant vivant.

EN CONCLUSION :

59 forceps sur 1.569 accouchements, soit moins de 3,6 %.

La proportion est faible.

Avec aucun accident imputable à l'instrument.

Le forceps manié avec prudence, avec de bonnes indications, rend donc d'appréciables services et ne semble pas dangereux pour l'enfant.

III - VERSION GRANDE EXTRACTION : 5 observations

- Parmi les épaules : 2 observations

- 1062 - IV° pare au terme de 7 mois 1/2. Césarienne au 2ème enfant.
Présentation transversale : version et extraction. Enfant pesant 1.400 g., bien portant. Pas de rupture.
- 1144 - II° pare. Présentation transverse, tête à droite, dos en avant.
Version grande extraction. Enfant pesant 3.600 g. criant après 10 minutes de désobstruction plus oxygénation.

- Parmi les gémellaires : 3 observations

- 583/84 - V° pare de 45 ans, au terme de 7 mois.
Premier jumeau : accouchement normal.
Deuxième jumeau : présentation de l'épaule. Tentative de version : désinsertion cervico-vaginale. Césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant en état de mort apparente, irréanimable.
- 824/25 - Primipare au terme de 7 mois. Version extraction du deuxième jumeau. 2.400 g.
- 1335/36 - V° pare. Version grande extraction du deuxième jumeau pour pro-
cidence des bras et du cordon. Version difficile en raison de
la rétraction débutante. 3.200 g.

IV - EXTRACTION DE SIEGE : 3 observations

- 167 - III° pare. Siège complet. Grande extraction
Mauriceau sur tête dernière. 2.900 g.
- 757 - I° pare de 33 ans. Siège décomplété SIGA. Affaiblissement des bruits
du coeur. Abaissement des pieds, dégagement spontané du bras et de
l'épaule, Mauriceau sur tête dernière. 2.700 g.
- 824/25 - I° pare au terme de 7 mois. Premier jumeau : siège incliné.
Extraction. 2.240 g.

V - EMERYOTOMIE : pas d'observation.

VI - CESARIENNES : 91 observations

I - INDICATIONS :

A - Causes maternelles :

1 - Anomalie de la dilatation : 3 observations

- 1172 - Deuxième césarienne en début de travail pour défaut de dilatation. Ligature.
- 1238 - III° pare. Césarienne après treize heures de travail pour non dilatation.
- 1458 - I° pare. 8 mois. Après 6 heures d'épreuve du travail pour arrêt de la dilatation.

2 - Viciations pelviennes : 19 observations

a - B.G.R. : 15 observations

- 8 - II° pare, III° geste. Césarienne avant travail.
- 59 - Primipare
- 155 - Troisième césarienne avec ligature
- 192 - I° pare de 33 ans suivie pour stérilité.
- 235 - VIII° pare. Deuxième césarienne, ligature.
- 428 - I° pare de 39 ans, scoliose congénitale.
- 471 - Deuxième césarienne en début de travail.
Découverte d'une brèche de 5 cm. sur la cicatrice antérieure. Suture. Stérilisation.
- 501 - I° pare. Césarienne avant travail.
- 628 - Troisième césarienne avec ligature.
- 714 - I° pare. 8 mois 1/4. Césarienne avant début de travail pour rupture prématurée des membranes.
- 1009 - Deuxième césarienne à 8 mois 1/2 avant travail
- 1047 - Troisième césarienne avec ligature.
- 1072 - Deuxième césarienne avant travail.
- 1115 - I° pare de 36 ans. Césarienne avant travail.
- 1527 - Troisième césarienne avec ligature.

b - B.T.R. : 4 observations

- 130 - Deuxième césarienne. Souffrance foetale en début de travail.
- 750 - I° pare. Césarienne avant début de travail.
- 902 - I° pare de 40 ans.
- 1439 - Deuxième césarienne.

3 - Obstacles praevia : 1 observation

- 618 - I° pare. Kyste de l'ovaire. Procidence du cordon et souffrance foetale à grande paume. Césarienne suivie de kystectomie.

4 - Etats pathologiques : 3 observations

- 38 - III° pare de 42 ans, commissurotomisée à 3 mois 1/2 de la grossesse actuelle. Césarienne avec ligature. Enfant mort 48 heures après l'intervention de malformation cardiaque complexe plus hémopneumothorax.

- 190 - II° pare. Tumeur cérébrale. Césarienne pour risque d'engagement à 8 mois 1/2.
- 746 - I° pare. Cardiopathie mitrale serrée. Césarienne à 8 mois 1/2 avant tout début de travail.

5 - Utérus cicatriciel : 12 observations

- 10 - X° pare. Diabétique. 2ème césarienne sur enfant mort, avec ligature. Eventration à traiter.
- 414 - X° pare. 1 ANT, 1 césarienne, 7 ANT.
2ème césarienne pour siège et crainte de rupture utérine, avec ligature.
- 561 - III° pare, IV° geste. 2ème césarienne pour crainte de rupture utérine.
- 774 - IV° pare. 2ème césarienne.
- 791 - II° pare, V° geste. Césarienne itérative pour manque de renseignements sur la première intervention chez une femme obèse.
- 876 - IV° pare. 2ème césarienne.
- 1020 - VI° pare. 3 ANT, 2 césariennes pour antécédents de myomectomie.
3ème césarienne avec ligature avant travail
- 1046 - III° pare. 2 césariennes pour disproportion foeto-pelvienne. 3ème césarienne avec ligature.
- 1106 - III° pare. 3ème césarienne avec ligature.
- 1354 - II° pare. 2ème césarienne pour crainte de rupture utérine.
- 1296 - II° pare. 2ème césarienne pour manque de renseignements sur la première intervention.
- 1460 - VI° pare. 2ème césarienne avec ligature.

B - Disproportions foeto-pelviennes :

1 - non engagement : 8 observations.

- 88 - I° pare. OIDP mal fléchie. Césarienne à dilatation complète ; enfant de 4.200 g. Blessure vésicale. R.A.S.
- 316 - III° pare. Césarienne à dilatation complète.
Enfant de 2.900 g.
- 752 - I° pare. OIDP mal fléchie. Enfant de 3.520 g.
Une pelvimétrie faite ultérieurement indiquait un bassin rétréci transversalement.
- 994 - I° pare. Non engagement après double potentialisation et perfusion. Enfant de 3.820 g.
- 1012 - I° pare. Disproportion foeto-pelvienne et souffrance foetale inexpliquée. Enfant de 3.000 g.
- 1033 - I° pare de 37 ans. Non engagement après double potentialisation et perfusion. Enfant de 3.400 g.
- 1056 - VIII° pare. 2ème césarienne. Non engagement sur utérus cicatriciel. Ligature. Enfant de 3.820 g.
- 1108 - I° pare. Bassin transversalement rétréci limite. Non engagement 17 h. après le début du travail. Enfant de 3.200 g.

2 - Stagnation plus disproportion : 1 observation

906 - II° pare. OIDP mal fléchie. Stagnation. Enfant pesant 4.600 g.

C - Causes foetales

1 - Excès de volume : pas d'observation.

2 - Fragilité : 14 observations

- 34 - Diabétique. 3ème césarienne à 8 mois avec ligature. Enfant de 3.040 g.
- 113 - Diabétique. 2ème césarienne.
- 209 - Diabétique. I° pare. Césarienne à 8 mois 1/2. Enfant de 3.320 g.
- 388 - Diabétique. 2ème césarienne.
- 426 - IV° pare. Incompatibilité RH. 1 enfant mort, 2 enfants exanguinés. Césarienne à 8 mois avec ligature. Enfant de 3.100 g., exanguiné.
- 636 - II° pare. Diabétique. Césarienne à la 36ème semaine.
- 869 - III° pare. Albumine et hypertension en fin de grossesses. 2 enfants morts in utero à 6 mois 1/2 et 7 mois 1/2. Césarienne à 8 mois 1/2 avant travail. Enfant de 2.900 g.
- 979 - III° pare. Diabétique. Césarienne à 8 mois. Enfant de 3.200 g.
- 980 - I° pare. Diabétique. Césarienne à 8 mois. Enfant de 3.920 g.
- 986 - III° pare. Diabétique. Césarienne à 8 mois. Enfant pesant 2.340 g.
- 1083 - III° geste. Diabétique. Césarienne à 7 mois 3/4 pour ralentissement des bruits du coeur. Enfant de 3.260 g.
- 1149 - I° pare. Diabétique. Enfant de 3.680 g.
- 1387 - I° pare. Diabétique. Césarienne à 8 mois. 3.550 g.
- 1533 - VII° geste. 1ère césarienne à 8 mois 1/2. 3.400 g.

3 - Souffrance foetale : 5 observations

- 864 - Insuffisance primitive des contractions utérines. Césarienne 17 heures après le début du travail.
- 1189 - I° pare obèse. Souffrance foetale à petite paume. Enfant mort né, malformation cardiaque majeure.
- 1377 - I° pare. Occlusion résolutive à 4 mois 1/2. Souffrance foetale avant travail.
- 1383 - XII° pare. Modification des bruits du coeur, à grande paume. Mongolien.
- 1506 - I° pare, II° geste. Albumine et oedème en fin de grossesse. Modification des bruits du coeur. Enfant de 4.700 g.

4 - Terme dépassé : 5 observations

- 60 - II° pare. Terme + 6 jours. Diminution des mouvements actifs.
- 734 - XII° pare. Terme + 1 mois 10 jours. Déclenchement sans succès. Hypertonie utérine et souffrance foetale 16 jours après. Enfant mort né de 4.460 g. Ligature. Pas de signes de post-maturité.
- 860 - IV° pare. Terme + 12 jours. Césarienne après deux échecs de déclenchement.
- 1278 - I° pare. Terme + 14 jours. Echec de déclenchement. Modification des bruits du coeur le lendemain en cours de travail. 20 minutes de réanimation.
- 1564 - I° pare. Terme + 8 jours. Siège décomplété. Modification des bruits du coeur avant travail.

5 - Présentations anormales :

- Front : 2 observations

- 1180 - I° pare. Face fléchie en NIGP, fixée
- 1353 - V° pare. Tête fixée en NIGP.

- Bregma : 1 observation

- 506 - I° pare. Césarienne après courte épreuve de travail.

- Siège : 5 observations

- 168 - III° pare. 2ème césarienne. Siège complet plus bassin rétréci transversalement.
- 339 - I° pare. Siège décomplété, accélération des bruits du coeur.
- 1051 - I° pare. Siège plus bassin rétréci transverse.
- 1200 - I° pare obèse. Siège décomplété plus bassin rétréci transversalement.
- 1426 - I° pare. Siège décomplété plus bassin rétréci transversalement.

6 - Présentations transversales : 7 observations

- 504 - I° pare. Epaule.
- 583/84 - III° pare. 2ème jumeau : épaule. Tentative de version. rétraction. Désinsertion cervico-vaginale. Césarienne suivie d'hystérectomie. Enfant mort.
- 600 - II° pare. Epaule.
- 677 - III° pare. Epaule. 2 tentatives de version externe.
- 1038 - VI° pare. 2ème césarienne. Procidence du cordon et présentation de l'épaule à 7 mois 1/2. Ligature.
- 1262 - II° pare. Epaule.
- 1267 - VI° pare. Epaule. Ligature.

D - Causes annexielles : 2 observations.

- 1153 - II° pare. Placenta praevia à 7 mois 3/4.
- 1276 - II° pare. Hémorragies de sang rouge répétées.
Césarienne à 8 mois en début de travail.
Etiologie des saignements non précisée.

E - Causes associées : 3 observations.

- 132 - IV° pare. Epileptique. Tuberculose pulmonaire en traitement. Gros enfants. Incontinence.
Echec d'un Marion et Goebel-Stockel.
Césarienne avec ligature.
- 1184 - I° pare, IV° geste de 42 ans hypothyroïdienne.
- 1375 - III° pare, V° geste. 2ème césarienne pour siège et BGR.

II - MODALITES :

Sur un total de 91 césariennes, soit 5,7 % des accouchements : 88 fois la césarienne a été segmentaire horizontale.

On ne relève :

- qu'une césarienne verticale (1262).
- une césarienne corporéale chez une VI° pare, avec présentation de l'épaule et agglutinines croissantes (enfant RH -), et avec un utérus dextro-tordu de 120° irréductible. Ligature (1267).
- et un aggrandissement de l'hystérotomie en T (1038).

Dans un cas, la césarienne a permis de découvrir une rupture incipiens d'utérus cicatriciel :

- 471 - 1ère grossesse : césarienne. 2ème grossesse : forceps
3ème grossesse : césarienne systématique, brèche de 5 cm.
Enfant vivant. Suture, stérilisation.

Dans deux cas : elle a été complétée par :

- une kystectomie :

- 618 - I° pare, 28 ans, petit kyste ovarien praevia. Tentative de voie basse. A grande paume : procidence avec souffrance foetale rapide. Césarienne. Enfant vivant. Kystectomie.
Histologie : kyste séreux.

- une hystérectomie :

- 583/84 - IV° pare, 45 ans, 3 enfants.
Gémellaire. Sommet pour le premier.
Deuxième jumeau en transverse. Tentative de version extraction. Rétraction. Désinsertion cervico-vaginale.
Césarienne. Enfant mort. Hystérectomie.

Dans 21 cas, elle a été complétée par une stérilisation :

- dans 4 cas, lors de la 1ère césarienne :
pour multiparité (426), pour césarienne corporéale
et multiparité (1267), après cure difficile d'incontinence
urinaire (132), après commissurotomie (38).
- dans 9 cas, lors de la 2ème césarienne, pour fragilité utérine
ou multiparité :
10, 155, 235, 471, 561, 1172, 1262, 1056, 1038.
- dans 8 cas, lors de la 3ème césarienne :
34, 628, 1020, 1046, 1106, 1460, 1527.

III - RESULTATS :

Maternels :

Aucun décès. La malade porteuse d'une tumeur cérébrale est repassée en service de neuro-chirurgie.

- Morbidité des suites de couches

- Suppuration : (45 : 1 point de paroi
1108 : cicatrice qui suppure. Cédation en 10 jours.
- Anémie : 1506 : 2 flacons de culot globulaire.
- Hématome sous péritonéal : 714 : régressif
- Infection urinaire : 876.
- Par contre, 2 embolies révélatrices d'une phlébo-thrombose,
sans signes pelviens ni jambiers :
1353 - Au 2ème jour. Bien portante.
1527 - " " " " "

Foetaux :

Pas de mortalité néo-natale, en dehors d'un enfant porteur d'une malformation cardiaque majeure (1189).

Extraction de 3 enfants morts :

- 2 fois on savait l'enfant mort, mais l'intervention s'imposait :
10 : diabétique qui avait une énorme éventration à traiter.
583/84 : Désinsertion cervico-vaginale au cours d'une tentative de version extraction du deuxième jumeau.
- Dans un cas, la mort foetale était méconnue (734). Les bruits du cœur paraissaient exister. Hypertonie.

Extraction de 2 mongoliens : 876 et 1383.

Il n'y a eu que deux enfants réanimés :

- 1278 - Terme dépassé. 20 minutes d'assistance respiratoire. Suites normales.
- 752 - 7 minutes de soins. Cri un peu faible, mais suites normales.

Au total : 87 enfants vivants, mais 2 mongoliens.

VII - HYSTERECTOMIE : 1 observation

- 583/84 - V° pare. 45 ans. Gémellaire. Césarienne suivie d'hystérectomie pour désinsertion cervico-vaginale consécutive à une tentative de version extraction du deuxième jumeau (présentation transverse). Enfant irrécupérable.

VIII - APPENDICECTOMIE DU POST-PARTUM : 1 observation

- 1377 - I° pare. A 4 mois, syndrome fébrile occlusif. Régression sous traitement médical. Césarienne pour terme dépassé avec souffrance foetale. Pas de signes de post-maturation. Gros appendice adhérent à l'utérus. Appendicectomie 2 mois après la césarienne.

IX - UN CAS DE MYOMECTOMIE DANS LE POST-PARTUM :

- ss n° - 34 ans. 6 semaines après un accouchement gémellaire, un myome découvert au 5ème mois de la grossesse se nécrobiose. Malgré le traitement médical reste gros, douloureux, fébrile et saigne. Myomectomie. Fibrome comme un pamplemousse. Ouverture de la cavité.

CHAPITRE X

L'ENFANT

Nous aurons en vue ici l'enfant en tant que résultat de l'accouchement quelles que soient par ailleurs les modalités ou les anomalies de ce dernier. C'est pourquoi nous avons groupé dans ce chapitre :

- aussi bien l'enfant mort in utero,
 - que le prématuré,
 - et l'enfant né au voisinage du terme.
- I - FOETUS MORT IN UTERO.

Trente cas de mort in utero ont été relevés pour 1965.

1°- Dans 19 cas, on retrouve une cause vraisemblable soit 60 %

1 - Traumatisme : 1 cas

565 - III° pare de 27 ans, polytraumatisme de la route à 7 mois avec fracture du bassin. Mort in utero le jour même. Accouchement naturel 3 jours après : placenta complètement décollé. Révision utérine.

2 - Après intervention : 1 cas

1406 - Primipare de 22 ans. Opérée à 7 mois d'occlusion sur bride (au 3ème jour). Le lendemain accouchement d'un enfant mort avec début de macération. Forceps (on pensait entendre les bruits du coeur).

3 - Malformation foetale : 1 cas

418 - VI° pare de 34 ans. A déjà eu un macéré à 6 mois.
A 7 mois 3/4 : accouchement d'un macéré de 1.020 g. exencéphale avec main gauche bote.

4 - Iso-immunisation Rh : 1 cas

875 - VII° pare dont 3 accouchements à 6 mois. Suivie en ville, sans recherche d'agglutinines. Anasarque. ANT, macéré de 3.740 g. Placenta de 1 kg.

5 - Insuffisance hormonale : 1 cas

284 - II° geste (FCS à 3 mois 1/2), insuffisance globale traitée à 4 mois, ne réagissant pas. Métrorragies au 6ème mois. Mort in utero à 4 mois 1/2, 8 jours de rétention. Accouchement normal d'un macéré de 800 g.
Sera explorée, car l'insuffisance peut n'être que 2°.

6 - Grossesse prolongée : 1 cas

128 - XVII° pare (15 ANT, AP 8 mois), suivie en ville. terme vraisemblablement dépassé. Accouchement naturel d'un macéré de 2.340 g. Délivrance artificielle pour non décollement, pas de cupule.

7 - Placenta praevia : 1 cas

1553 - Primipare de 20 ans, macéré à 6 mois 1/2.

8 - Diabète : 3 cas

222 - Diabète mal équilibré. Coma. Mort in utero à la 28ème semaine. Rétention au-delà du terme. Il s'agissait d'une grossesse abdominale. Hystérectomie car le placenta inséré sur l'utérus en avait détruit le fond.

963 - II° pare (enfant vivant après accouchement prématuré). diabète mal équilibré. Hydramnios à la 29ème semaine. Mort in utero à la 30ème. Accouchement d'un macéré de 2.400 g.

10 - 5 enfants, une F.C., une G.E.U. avant son diabète. Enfant vivant par césarienne à la 38ème semaine. Ici diabète non traité, mort in utero vers 8 mois 1/4. Césarienne pour stériliser. Macéré de 2.700 g.

9 - Néphropathies gravidiques :

Un cas de toxémie récidivante chez une diabétique de 25 ans.

1099 - Toxémie au 4ème mois lors de la 1ère grossesse, Triade.
A 7 mois 1/2 gros enfant mort 2 h. après.

- Pour cette 2ème grossesse, triade toxémique avant la 29ème semaine. H.R.P. avec mort foetale à la 33ème semaine. Macéré de 1.000 g. Cupule.

Quatre cas de toxémie avec H.R.P.

- 601 - II° pare de 24 ans. 1er enfant mort in utero à 7 mois sans renseignement.
Ici toxémie et H.R.P. à 7 mois. Accouchement normal.
1.460 g. Cupule. Sera explorée.
- 604 - 45 ans (4 ANT et 2 FC). A 7 mois : H.T.A. 17/10 qui baisse sous traitement. A 8 mois 1/2 : H.R.P. de 750 cc. Accouchement naturel. 3.700 g. Révision utérine qui découvre des myomes.
- 268 - 25 ans. 4 accouchements naturels à terme dont 2 malformés, 2 fausses couches.
A 8 mois 1/2 de la 7ème grossesse, H.R.P. avec toxémie.
Accouchement naturel. 3.200 g.
- 1517 - XIII° pare de 41 ans. H.R.P. à 5 mois. 1.500 g.

Quatre cas de toxémie sans H.R.P.

- 891 - 46 ans, 7 Accouchements naturels à terme dont un mort né. Pour sa 8ème grossesse, albuminurie isolée. Siège mort né de 2 kg.
- 1544 - 42 ans, 7 accouchements naturels à terme. Albuminurie isolée pour la 8ème grossesse. Accouchement naturel à terme. 3.000 g.
- 1250 - II° pare - 27 ans. Accouchement naturel 7 mois 1/2, 1.420 g.
- 1567 - I° pare de 19 ans. Toxémie tardive, triade ; à 7 mois : accouchement d'un macéré de 1.400 g.

2°- Dans 2 cas, on trouve une anomalie funiculaire dont on peut discuter la responsabilité.

- 926 - Primipare de 20 ans. Métrorragies à 2 mois 1/2.
Traumatisme abdominal à 6 mois. Accouchement à 8 mois d'un macéré de 2.700 g. Noeud serré du cordon. Placenta chair à saucisse avec de nombreux infarctus.
- 1256 - Primipare de 22 ans. A 7 mois 3/4 : disparition des bruits du coeur. Accouchement naturel à 8 mois 1/2 d'un macéré de 2.580 g. Noeud serré du cordon.

3°- Dans 9 cas, on ne retrouve pas de cause, malgré les explorations faites après l'accident - soit environ 30 %.

Un cas d'hématome rétro-placentaire sans explication

- 1404 - III° geste de 23 ans. Môle, FCS, HRP à 6 mois 1/4.

Les autres cas sans particularité :

Au 7ème mois :

- 240 - XI° geste de 37 ans (2 FC, 3 AP, 5 ANT). A 6 mois 1/2 : disparition des Bruits du coeur. Accouchement naturel d'un enfant de 1.130 g. Mort récente.
- 740 - II° geste de 31 ans (mort-né à 6 mois). Ici siège mort né à 6 mois 1/2. Excès de liquide. Mort récente.
- 965 - I° geste de 22 ans. Grossesse non suivie. Accouche à 6mois 2/3 d'un mort né de 1.430 g.

Au 9ème mois :

- 181 - II° geste de 20 ans, (ANT). Mort in utero. Accouchement d'un macéré de 2.720 g. Liquide sanglant.
- 216 - Primigeste de 24 ans. Accouchement à 8 mois d'un macéré de 3.580 g. Double circulaire lâche. Liquide sanglant.
- 899 - IX° geste de 38 ans. (6 ANT, FC, AP 7 mois 1/2 mort-né malformé). Ici : mort in utero. Accouchement à 8 mois 3/4, 3.340 g. Début de macération.
- 1320 - II° geste de 25 ans. Accouchement naturel à 8 mois d'un macéré de 1.540 g. Liquide hémorragique.
- sans numéro - IV° geste de 23 ans (2 ANT, FC)
Mort in utero à 8 mois. Accouchement naturel.

Au total :

On note 30 morts in utero sur 1.569 accouchements, soit 1,9 %.

Sur l'ensemble de ces cas, l'étiologie reste obscure dans 30 %, chiffre voisin de ce que l'on admet habituellement.

Parmi ces femmes nous ne retrouvons pas la notion d'âge avancé, puisque la moyenne d'âge est de 27 ans seulement.

Par contre, on retrouve chez elles des antécédents fréquents de fausses couches, d'accouchements prématurés et de malformés.

La valeur de l'oeuf est-elle en cause ?

Il paraît bien difficile d'éviter une telle mortalité.

Par contre, lorsqu'on trouve une cause, on entre dans un domaine classique :

- Celui des néphropathies avant tout, et là avec un rôle certain de l'âge, en particulier dans les accidents récidivants.

- Et celui du diabète en deuxième lieu. On sait que la mort foetale est l'accident le plus redouté, et à juste titre. L'extraction prématurée limite ce risque, il est vrai, mais cette mort in utero peut être précoce, et nous pensons qu'une meilleure équilibration du diabète tout au long de la grossesse reste le seul moyen d'éviter ces accidents.

II - ENFANTS NES AVANT TERME

Etant donné les fréquentes incertitudes dans la détermination du terme d'une grossesse, nous ne retiendrons comme accouchements prématurés que les accouchements ayant donné lieu à la naissance

d'enfants de 2.500 g. ou moins.

Les accouchements prématurés provoqués chez les diabétiques seront étudiés au chapitre XII.

Dans ces conditions, nous relevons 105 cas d'accouchements prématurés, avec 112 enfants (en raison des grossesses gémellaires) et nous étudierons :

- la date de l'accouchement et le devenir des enfants, en fonction de leur poids de naissance,
- les modalités de l'accouchement et ses complications éventuelles,
- les facteurs étiologiques retrouvés,
- enfin la mortinatalité, les malformations et la morbidité.

1°- DATE DE L'ACCOUCHEMENT - POIDS - DEVENIR DES ENFANTS.

- Accouchement au 7ème mois :

- Moins de 1.000 g. (- vivants : néant
(- 1 mort-né : 1016.
(- 5 décédés : 80/81/82 (G. triple)
139, 659.
- De 1.000 à 1.500g. (- 2 vivants : 820, 1030
(- 2 transférés sans nouvelle : 365, 1218.
(- 5 morts nés : 240, 740, 965, 1190, 1540.
(- 2 décédés : 731, 809.
- De 1.500 à 2.000g. (- 1 vivant : 607.
(- 1 transféré sans nouvelle : 380.

- Accouchement au 8ème mois :

- De 1.000 à 1.500g. (- 1 vivant : 1062
(- 1 transféré, perdu de vue : 362.
- De 1.500 à 2.000g. (- 3 vivants : 103 (1er jumeau)
583, 841.
(- 4 transférés : 707, 870, 883, 1557,
(- 2 morts nés : 584, 1212 bis
(- 1 décédé : 1242 (malformé).

- De 2.000 à 2.500g. (- 14 vivants : 104 (2ème jumeau), 205, 421, 619, 637, 658, 747, 807, 824/825, 1397, 1416, 1526 et X.
(- 7 transférés : 253, 450, 468, 710, 1205, 1522, 1524.
(- aucun mort né.
(- 1 décédé : 262 (anencéphale).

- Accouchement au 9ème mois :

- De 1.500 à 2.000g. (- 3 vivants : 578 (2ème jumeau), 692, 1473.
(- 2 transférés : 775, 935
(- 1 mort né : 931 (per-partum)
(- aucun décédé

- De 2.000 à 2.500g. (- 33 vivants : 57, 148, 156, 157, 267 (2è jumeau), 288 bis, 320, 392 (1er jumeau), 436, 443, 487, 490 bis, 514, 583, 634, 654, 683, 697 (à terme ?), 738, 816, 866, 884, 917, 1018, 1038, 1134, 1183, 1225, 1252, 1268, 1299, 1371, 1451.
(- 17 transférés : 67, 69, 335, 434 polymalformé, 588, 600, 635, 795, 893, 979, 1008, 1019, 1051, 1069, 1188, 1191 (HCM probable), 1525.
(- aucun mort né.
(- 1 décédé : 1562 (ranimé 10 minutes, décès 6 heures après).

- Accouchement post-terme avec signes de post-maturité :

1252 - Terme + 4 jours. 2.420 g. Liquide amniotique purée de pois, signes de post-maturité. Vivant.

2°- MODALITES DE L'ACCOUCHEMENT.

1 - Présentations et manœuvres dans les grossesses simples -(99)-

- 88 sommets : OP 87 avec 2 applications de forceps
OS 1 cas (1522)
- 8 sièges : 205, 434, 740, 1051 (césarienne), 1183, 1190, 1242, 1557.
- 3 épaules : 600 (césarienne), 1038 (procidence, césarienne), 1062 (version, extraction).
- Pas de face
- Pas de front.

2 - Dans les grossesses gémellaires

- 103/104, 392/393, 577/578; qui sont des sommets
- 583 tête/584 épaule, tentative de version, désinsertion cervico-vaginale, hystérectomie.
- 824/825 qui sont des sommets.

3 - Grossesse triple : 80/81/82 sommet, siège, sommet.

3°- COMPLICATIONS

Outre la désinsertion cervico-vaginale lors d'une tentative de version d'un 2ème jumeau (584), terminée par une césarienne (enfant mort) avec hystérectomie.

Une hémorragie avant la délivrance avec choc, délivrance artificielle, réanimation (1525),

Aucune complication des suites de couches.

4°- ETIOLOGIE

- 34 de ces accouchements peuvent avoir une origine vraisemblable, 39 si on admet le rôle possible d'une malformation foetale :

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Rupture prématurée des membranes | : 67, 365, 450, 870, 1190. |
| - Insertion basse du placenta | : 450, 870. |
| - Placenta praevia | : 362, 658, 1205, 1218, |
| - Bassin anormal | : 1051, |
| - Présentations anormales | : 600, 1038, 1062. |
| - Gémellaires | : 103/104, 392/393, 577/578,
583/584, 824/825. |
| - Insuffisance hormonale | : 362, 659, 710, 1524. |
| - Cancer du col | : 371, ce cas a été analysé au
chapitre III. |
| - Néphropathies | : 893, 1018, 1268. |
| - Diabète | : 139, 1488, 1 cas sans n°. |
| - Cardiopathie | : 421, |
| - Infections : - listériose | : 820 |
| - grippe | : 1540. |

- Pour les 71 autres cas, il n'a été retrouvé aucune cause.

5°- PREMATURES MALFORMES : 5 cas

- 262 - Anencéphale polymalformé.
- 434 - Pieds et mains bords, torticolis, scoliose, jambe anormale.
- 487 - Communication inter-ventriculaire.
- 490 bis - Hydrocéphalie probable.
- 1242 - Malformations des extrémités, décédé au 5ème jour.

6°- MORTINATALITE ET MORBIDITE NEO-NATALE.

Il est impossible de donner une statistique exacte. nombre de nos prématurés, et précisément les plus touchés, sont transférés dans des services spécialisés.

Néanmoins, on peut dire que sur 105 accouchements prématurés, avec 112 enfants, on relève :

- Mort nés : 9 cas (dont les triplés)
- Décédés après la naissance : 10 dont 2 malformés et 1'enfant ranimé 10 minutes.
- Enfants dont on est certain qu'ils étaient vivants à la sortie de la maternité ou à la sortie du service auquel ils avaient été confié :
58 cas.

Restent 35 enfants transférés en service spécialisé et dont nous ne retrouvons pas trace. Il est vraisemblable que bon nombre d'entre eux étaient dans un état grave puisqu'on a jugé opportun de les transférer, toutefois nombre d'entre eux sont certainement vivants.

AU TOTAL -

Sur l'ensemble des accouchements du service en 1965

105 cas d'accouchements prématurés représentent
moins de 7 %

Ce chiffre est relativement faible, mais nous avons retenu comme critère de prématuration certaine un poids égal ou inférieur à 2.500 g.

La mortalité globale ne peut être appréciée avec certitude, mais elle est très supérieure à 16 %.

Elle reste donc lourde, malgré les progrès accomplis.

Plus de 50 % des prématurés nés dans le service étaient vivants à leur sortie.

Pour 34 % de nos prématurés, il est impossible de préciser leur état.

III - NOUVEAU-NE AUX ENVIRONS DU TERME.

Nous n'aurons en vue ici que l'enfant né aux environs du terme et nous envisagerons successivement :

- Les morts-nés.
- Les enfants ranimés.
- Les enfants décédés dans les suites immédiates.
- La morbidité néo-natale.
- Et les malformés.

I - ENFANTS MORTS-NES :

1 - Avec malformations : 2 observations

Malformations cardiaques majeures

- 686 - Meurt à l'expulsion. Irréanimable.
- 1189 - Césarienne pour souffrance foetale
C.I.A. plus canal artériel.

2 - Sans malformations apparentes : 5 observations

- Accouchement en ville :

- 472 - I° pare. Accouchement clandestin en ville. 4.000 g.
- 901 - Gros enfant : 4.780 g. Dystocie des épaules.
Arrivé mort.

- Accouchement à la Maternité : 3 observations

- 407 - I° pare. 2 fausses couches. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2
2.620 g. Mort aux premières contractions utérines.
- 734 - XII° pare. Après déclenchement, césarienne pour hypertonie
plus souffrance foetale. 4.460 g. On pensait percevoir les
bruits du coeur.
- 1304 - Arrivée tête à la vulve. Enfant mort pendant le travail.

II - ENFANTS RANIMES :

Dans cette rubrique, nous n'avons relevé que :

- les réanimations importantes,
- sur enfants au voisinage du terme.

Les simples désobstructions qui sont quasi systématiques ainsi que les retards au premier cri chez les enfants nés sous anesthésie obstétricale, qui n'ont nécessité qu'une désobstruction, voire une oxygénation passagère, ne seront pas mentionnés.

Seules sont donc relevées les réanimations ayant demandé des soins poussés :

- Après accouchement naturel : 12 observations.

- 179 - I° pare. 2.600 g. 10 minutes. Décédé 10 heures après.
- 295 - II° pare. 3.080 g. Difficultés aux épaules.
Crie 5 minutes après.
- 342 - I° pare. 3.200 g. 8 minutes. Incompatibilité ABO.
- 372 - I° pare. 3.040 g. 4 minutes.
- 401 - I° pare. 3.340 g. 4 minutes.
- 542 - I° pare. 42 ans. 3.340 g. Cyanosé. Cri 5 minutes après.
- 700 - II° pare. 2.740 g. 6 minutes.
- 912 - I° pare. 3.700 g. Cyanosé. 5 minutes.
- 925 - II° pare. 3.380 g. Geint. Bien portant.
- 1068 - I° pare. 3.480 g. 3 circulaires serrées. 1 minute.

- 1076 - XII° pare. 3.900 g. 10 minutes. Hémorragie cérébro-méningée.
Décédé 6 heures après.
1457 - II° pare. 4.120 g. Circulaire serrée. Oxygénation.

- Après forceps : 3 observations

- 570 - IV° pare. Procidence à grande paume. 15 minutes.
Hémorragie cérébro-méningée. Bien portant.
1348 - I° pare. Non progression. 3.780 g. Crie après 5 minutes.
1349 - I° pare. Non progression. 3.220 g. Crie après 5 minutes.

- Après version grande extraction : 1 observation.

- 1144 - III° pare. Présentation de l'épaule? 3.600 g. Crie après
10 minutes.

- Après césarienne : 5 observations

- 752 - Non engagement. IODP mal fléchie. Liquide amniotique teinté.
3.520 g. 7 minutes. Cri faible. Incubateur. Bien portant.
1009 - BGR. 2.480 g. Respiration assistée.
1180 - Présentation du front à grande paume. 3.160 g. 15 minutes.
1278 - Terme dépassé. Echec d'un déclenchement. Déclenchement spon-
tané le lendemain. Souffrance foetale en début de travail.
2.800 g. 20 minutes.
1458 - Epreuve du travail de 6 heures. Modification des bruits du
coeur. Incompatibilité Rh. 3.040 g.
Exanguino-transfusion. Hémorragie cérébro-méningée.
Bonne évolution.

III - ENFANTS DECEDES DANS LES SUITES :

1 - Malformés : 4 observations

- 38 - Césarienne. Malformation cardiaque majeure plus hémopneumo-thorax. Décédé 48 heures après.
262 - Anencéphale plus polykystose hépato-rénale.
Quelques mouvements respiratoires.
1305 - I° pare. Accouchement naturel à terme. 3.140 g.
Malformation cardiaque majeure. Décédé au 9ème jour.
1466 - I° pare. Terme dépassé. Anencéphalie plus absence de scrotum.

2 - Sans malformations apparentes : 5 observations

- 179 - I° pare. 2.600 g. 10 minutes. Cyanose. Tachycardie. Incubateur. Mort 9 heures 30 après.
842 - II° pare. 3.480 g. Troubles respiratoires. Décédé à la 48 ème H.
961 - I° pare. OIDP/OP. 3.300 g. Crie aussitôt. Décédé au 3ème jour
hémorragie cérébro-méningée probable.
1076 - XII° pare. Terme dépassé. Accouchement naturel. 3.900 g. Circulaire serrée. Liquide amniotique teinté. 10 minutes de soins.
Troubles respiratoires, otorragie droite. Hémorragie cérébro-méningée. Décédé 6 heures après.

1562 - II° pare. Accouchement naturel à terme.
10 minutes de soins. Décès 6 heures après.
Oedème aigu du poumon.

IV - MORBIDITE NEO-NATALE.

1 - Lésions traumatiques :

- Lésion du plexus brachial :

173 - VIII° pare. 4.100 g. Difficultés aux épaules.
En traitement.

- Fractures (clavicule :

(517 - II° pare. 4.600 g. Difficulté aux épaules.
(Fracture bilatérale des clavicules.
(

(humérus :

(1110 - VII° pare. 4.120 g. Difficultés aux épaules.
(

- Céphalématome : 605 - Ponctionné.

2 - Iso-immunisations :

a - Anti-Rhésus :

- Sans exanguino-transfusion :

50 - II° pare. Combs positif. Pas d'ictère.
Bien portant.

940 - 5ème enfant. Combs positif. Ictère léger.
Bilirubine : 134. Bien portant.

- Une exanguino-transfusion :

567 - 5ème enfant. Exanguino-transfusion à la 79 ème heure avec
224 mg. de bilirubine indirecte. Bien portant.

840 - 2ème enfant. Exanguino-transfusion à la 24ème heure.
bien portant.

1458 - 1er enfant ? Césarienne pour stagnation de la dilatation
et modification des bruits du coeur. Réanimé. Ictère très
important. Bilirubine indirecte : 164 mg. Exanguino-trans-
fusion. Hémorragie cérébro-méningée. Bonne évolution.

- Deux exanguino-transfusions :

426 - 4ème enfant. Césarienne à 8 mois. Ligature. Bien portant.

- Pour mémoire : (875 - Anasarque mort in utero. VII° pare
(1267 - VI° pare. Agglutinines croissantes. Enfant
(Rh négatif.

b - A B O :

- Sans exanguino-transfusion :

- 243 - 2ème enfant. Ictère au 2ème jour. Munck positif. bien portant. O.A.
- 342 - 1er enfant. Ictère. Munck positif faible. bien portant O.A.
- 758 - 1er enfant. Munck positif. Mère A négatif, enfant B positif.
- 777 - 9ème enfant. Ictère.

- Avec exanguino-transfusion :

- 1354 - 2ème enfant.

c - Morbidité générale :

Troubles neurologiques :

Hémorragie cérébro-méningée

- 570 - IV° pare. Procidence à grande paume. Forceps. 15 minutes de réanimation. 4.500g. Vivant.
- 1458 - I° pare. Césarienne pour stagnation de la dilatation et modification des bruits du coeur. Ranimé. Hémorragie cérébro-méningée. Exanguiné. Vivant.

Anoxie

- 420 - V° pare. IODP. Cri immédiat. Pâleur 2 minutes après. Crises de dyspnée. Cri plaintif. Anoxie cérébrale régressive. Vivant.

Troubles respiratoires :

- 905 - Femme opérée d'urgence d'hématome sous-dural. 3 heures après Palfium, elle accouche. Forceps sans anesthésie. Respire, crie après 5 minutes, mais pauses respiratoires.

Cyanoses :

- 542 - I° pare. 42 ans. Réanimation 5 minutes. Cyanose. Evacué.
- 456 - III° pare. 2.940 g. Cyanose passagère. Perdu de vue.
- 737/38 - VIII° pare. Gémellaire. Femme porteuse d'un rétrécissement mitral. 1er jumeau cyanosé passagèrement. Bonne évolution.
- 1375 - III° pare. Césarienne pour siège et B.G.R. Légère cyanose passagère. Evacué.
- 1407 - 2.620 g. à terme. Cyanose pendant quelques jours. Bien portant.
- 1414 - IV° pare. Cyanose cédant à l'oxygénation. Bien portant.

Anémie :

739 - I° pare. Accès de cyanose plus anémie. 2.560 g. Evacué.

Ictères sans incompatibilité :

1344 - Ictère précoce à la 14ème heure. Cédation. Pas de cause retrouvée. Bien portant.

1500 - Ictère foncé au 5ème jour. Bilirubine indirecte 186 mg. Pas de cause retrouvée. Bien portant.

Troubles digestifs :

Vomissements (408 - au 13ème jour. Epaississement.
(bien portant.
(1021 - Au 6ème jour, très importants.
(Bonne évolution
(1215 bis - Vomit, cyanosé, évacué.

diarrhée : 1343 - Banale avec méthémoglobinémie. Bien portant.

Ophthalmie :

1520 - Staphylocoque doré, contamination au passage. Bien portant.

Pigmentation anormale :

1153 - Chez une addisonnienne césarisée pour placenta praevia. 2.840 g. Pas d'explication. Bien portant.

Perte de poids sans explication :

1389 - Chute pondérale au 13ème jour.

V - ENFANTS MALFORMES :

23 cas sur 1569 accouchements, soit moins de 1,5 %.

a - Morts-nés :

Malformations cardiaques majeures :

686 - mort à l'expulsion, irréanimable.

1189 - Césarienne pour souffrance foetale. Communication inter-auriculaire plus canal artériel.

b - Décédés :

Anencéphalie : 1466 - Plus absence de scrotum.

Malformation cardiaque majeure.

38 - Césarienne. Hémo-pneumo-thorax. Décédé au bout de 48 heures.

1305 - Mort au 9ème jour.

Polymalformé :

262 - Anencéphale, plus polykystose hépato-rénale.
Quelques mouvements respiratoires.

c - Surement vivants :

- Pieds bots : 403
1541
- Extrémités 172 - absence d'ongles aux 4ème et 5ème doigts des
deux mains.
- Hernie inguinale : 853.
- Bec de lièvre : 231 - unilatéral, plus souffle systolique.
- Hypospadias : 473 - important, plus retard de 5 jours à
l'émission du méconium.
- Mongoliens : (482
(745
(876
(1291 - mongolien vraisemblable, plus angiome plan
(cervico-brachial.
(1383 - plus syndactylie.
- Polymalformés : 874 - hydrocéphale plus polymalformations.

d - Transférés et perdus de vue :

- Malformation cardiaque :

575 - Communication inter-ventriculaire
822 - Diagnostic incertain de cardiopathie.

- Polymalformés :

1359 - Hémivertèbre D6-7 surnuméraire
lère et 2ème côtes gauches hypoplasiques.
Front en carène, fentes palpébrales obliques. 2 pieds bots.

- RECAPITULATION CONCERNANT LES ENFANTS -

Au total, on note pour 1.569 accouchement :

- Enfants dont on sait qu'ils sont morts	65
Mort in utero	30
morts-nés (enfants prématurés	9
(au voisinage du terme	7
décédés (enfants prématurés.....	10
(au voisinage du terme	9
- Enfants transférés dans un service spécialisé et perdus de vue après leur sortie du service	39
prématurés	35
au voisinage du terme	4
- Enfants dont on est certain qu'ils sont sortis vivants du service	1.465

C H A P I T R E IX

- MORTALITE MATERNELLE -

Au cours de l'année 1965, pour 2.038 femmes hospitalisées dont 1.552 accouchées, nous avons relevé un cas de mort -1236-.

Il s'agissait d'une III^e pare de 34 ans.

Aucun antécédent pathologique, en particulier veineux
Premier enfant, forceps, rien à signaler.
Deuxième enfant; accouchement naturel à terme.
Pour cette troisième grossesse, non suivie dans le service,

La femme fait à 8 mois et demi, un malaise avec perte de conscience. Au réveil, seule persiste une céphalée.

A son arrivée, l'examen est normal, il n'existe qu'une albuminurie. Les neurologues consultés ne relèvent aucune anomalie. La malade est mise à un traitement banal pour cette albuminurie.

Le lendemain soir elle accouche, très vite, d'un enfant vivant de 3.300 g. Après la délivrance, elle saigne un peu par atonie aussi reçoit-elle un flacon de sang.

Dans les heures qui suivent, survient un épisode évoquant un pré-delirium, traité médicalement.

Les suites sont simples, le lever précoce, la surveillance clinique ne décèle aucune anomalie, température et pouls sont normaux, aucun signe pelvien ou jambier.

Et pourtant, au 6^{ème} jour, au lever, MORT SUBITE.
Réanimation inopérante.

La nécrops n'a pu être faite.

Le diagnostic le plus probable reste donc celui d'embolie.

Ce cas met l'accent sur une des rares causes encore observées, de mort au cours de la parturition.

C H A P I T R E X I I

- DIABETE ET GROSSESSE -

I - Nous avons relevé 22 observations de grossesses chez des diabétiques pour l'année 1965.

Parmi ces observations :

- Deux sont inutilisables car incomplètes

- 951 - 37 ans, 7 enfants. Diabète découvert au 9ème mois de la 9ème grossesse. Léger 1,10 g. sans acidose. Accouchement normal à terme 3.590 g. vivant.

- 979 - 34 ans, 23 ans de diabète. Non suivie dans le service. Diabète paraissant instable. Vue à 8 mois avec excès de liquide. Césarienne à la 36ème semaine. Enfant vivant.

- Vingt observations détaillées permettent, pensons-nous, de faire d'intéressantes constatations.

Certaines de ces malades ne furent vues dans le service qu'à l'occasion de l'accident terminal.

Globalement on note sur 20 cas :

- 2 avortements
- 4 morts in utero
 dont (une grossesse abdominale
 (et une toxémie récidivante
- 3 accouchements prématurés spontanés
 avec (un enfant mort
 (et 2 enfants vivants.
- 11 extractions prématurées par césarienne
 avec 11 enfants vivants.

Mais l'intérêt est d'étudier plus à fond ces observations pour observer les corrélations qui peuvent exister entre :

L'équilibre du diabète
les éliminations hormonales
les signes toxémiques
et les signes de souffrance ovulaire.

Plutôt que de rapporter en détail ces observations, nous en avons extrait les faits saillants, dans l'espoir qu'il s'en dégagerait quelques remarques utiles à la compréhension de ce problème.

I - GROUPE DES GROSSESSES TERMINEES PAR UN AVORTEMENT -

- Drou ... 1ère grossesse, 16 ans de diabète.
diabète mal équilibré, grossesse non suivie,
F.C. à la 14ème semaine.
- 121 - 2ème grossesse, 2 ans de diabète.
Accouchement prématuré à 8 mois pour le premier
2.900 g. vivant. Aucun renseignement.
2ème grossesse non suivie à son début. Diabète non équilibré.
F.C. à la 19ème semaine.

Il est à noter que cette dernière malade est en cours de sa 3ème grossesse, le diabète est instable, mal équilibré, les éliminations hormonales normales. Sous traitement hormonal en raison de ce déséquilibre. Elle a un excès de liquide à la 26ème semaine.

II - GROUPE DES GROSSESSES TERMINEES PAR UNE MORT IN UTERO -

Nous mettrons à part 2 observations :

- 222 - 9 ans de diabète, mal équilibrée, insuffisance hormonale globale qui réagit au traitement. Mort in utero à la 28ème semaine, au cours d'un coma diabétique.
Il s'agissait en fait d'une grossesse abdominale.
La mort foetale est cependant consécutive au coma.
Il y aura rétention jusqu'au terme, et hystérectomie car le placenta inséré sur l'utérus y a fait une large brèche impossible à suturer.
- 1099 - 6 ans de diabète.
Cette malade a présenté lors de cette 2ème grossesse, une toxémie hypertensive récidivante. Bilan normal entre les 2 grossesses. Le premier enfant, né spontanément à 7 mois 1/2 était mort peu après la naissance. Au cours de cette 2ème grossesse, elle fait un H.R.P. à la 33ème semaine avec mort in utero, et accouchement spontané d'un macéré.

Restent deux observations :

- 963 - 6 ans de diabète. Diabète mal équilibré, excès de liquide dès la 23ème semaine. Hydramnios à la 29ème. Mort in utero à la 30ème. Accouchement normal à la 32ème d'un macéré de 2.400 g.
- 10 - 8 ans de diabète. 4 enfants avant son diabète, 2 vivants Césarienne pour le 5ème, vivant. Diabète non traité et déséquilibré. Pas de dosages car terme incertain. Mort in utero vers la 37ème semaine.

III - GROUPE DES ACCOUCHEMENTS PREMATURES SPONTANES : 3 cas.

- 139 - 12 ans de diabète, une F.C.S. de 2 mois.
Diabète mal équilibré.
Insuffisance hormonale modérée ne réaffissant pas au traitement.
Accouchement très prématuré (860 g.) meurt très vite.
- Mme M ... - 5 ans de diabète, première grossesse.
Diabète mal équilibré
Eliminations stéroïdes normales, sauf pour le P.G. qui a une insuffisance légère, compensée.
Accouchement prématuré à la 35ème semaine. Forceps de protection. 2.820 g., vivant.
- 1488 - 5 ans de diabète, première grossesse.
Diabète mal équilibré.
Eliminations stéroïdes normales.
Accouchement à la 36ème semaine. Forceps de protection. 2.200 g. vivant.

Ces observations n'ont en commun que le déséquilibre du diabète.

IV - PARMI LE GROUPE DES 11 EXTRACTIONS PREMATUREES -

Nous distinguerons trois sous-groupes selon l'équilibre du diabète :

- Cinq cas de diabètes très instables en cours de grossesse
 - 636 - 8 ans de diabète, une mort in utero 5 semaines avant terme.
Diabète instable
Excès de liquide dès la 26ème semaine.
Eliminations normales.
Césarienne à la 36ème semaine, 2.820 g., vivant.
 - 1449 - 8 ans de diabète, première grossesse.
Diabète instable avec des à-coups.
Insuffisance folliculinique puis globale réagissant au traitement.
Excès de liquide à la 29ème semaine, hydramnios à la 33ème.
Césarienne à la 36ème, 3.680 g., vivant.

- 34 - 11 ans de diabète, 2 enfants vivants par césarienne à 8 mois.
Diabète instable
Dosages normaux
Excès de liquide dès la 29ème semaine
Césarienne à la 38ème, 3.040 g., vivant.
Il est à noter que lors de la 2ème grossesse, bien équilibrée sur le plan du diabète, l'excès de liquide n'était apparu qu'à la 32ème semaine.
- 1083 - 8 ans de diabète, un mort in utero à 7 mois 1/2 ; un autre à 8 mois.
Diabète instable.
Petite insuffisance qui réagit
Excès de liquide dès la 30ème semaine.
Césarienne précipitée pour modification des bruits du coeur et des M.A. début 35ème, 3.260 g.
Grosses inquiétudes pendant 24 heures, vivant.
- 980 - 2 ans de diabète, première grossesse.
Diabète instable, avec à-coups.
Dosages normaux.
Excès de liquide à la 33ème semaine.
Césarienne à la 37ème; liquide teinté, 3.920 g. vivant.
- Deux cas dont l'équilibre n'a pas été constamment obtenu
 - 1533 - 4 ans de diabète
Diabète équilibré jusqu'au 8ème mois.
Dosages normaux, pas de traitement
Excès de liquide à la 34ème semaine
Césarienne fin 39ème, 3.400 g. vivant.
 - 986 - 6 ans de diabète
Mal équilibrée jusqu'à la 26ème semaine, puis bien équilibrée.
Dosages normaux, pas de traitement
Excès de liquide à la 34ème semaine.
Césarienne à la 37ème, 2.340 g. vivant.
- Enfin, 4 cas de diabètes régulièrement équilibrés
 - 113 - 8 ans de diabète
Diabète équilibré tout au long de la grossesse.
Dosages normaux, pas de traitement
Excès de liquide, à la 35ème semaine.
Césarienne à la 37ème, 4.160 g., vivant.
 - 388 - 16 ans de diabète
Diabète équilibré tout au long de la grossesse.
Dosages normaux, pas de traitement.
Excès de liquide à la 35ème semaine.
Césarienne à la 37ème, 3.350 g. vivant.
l'Histoire de cette grossesse était calquée sur celle de la première.

- 1387 - 5 ans de diabète, première grossesse
Diabète équilibré tout au long de la grossesse
Insuffisance hormonale qui réagit au traitement.
Excès de liquide à la 36ème semaine.
Césarienne à la 38ème, 3.350 g., vivant.
- 209 - Première grossesse.
Diabète bien équilibré tout au long de la grossesse
Dosages normaux, mais traitement systématique
Pas d'excès de liquide.
Césarienne en début de 40 ème semaine, 3.320 g., vivant.

II - Après étude de ces 20 cas :

Il est évident que cette série, la plus récente du service est trop courte pour aboutir à des conclusions, même provisoires. Elle est tout de même intéressante.

Il nous semble ressortir de l'analyse de ces observations :

1°- LE ROLE ABSOLUMENT FONDAMENTAL DE L'EQUILIBRATION DU DIABETE AU COURS DE LA GROSSESSE -

C'est logique, mais une telle équilibration est très difficile à obtenir, le plus souvent elle est épisodique, précaire et provisoire.

- Les avortements sont survenus chez des diabétiques non équilibrées,
- Les morts in utero également,
- Les accouchements prématurés ont été observés chez des diabétiques mal équilibrées, que les éliminations hormonales aient été normales ou perturbées, compensées ou non,
- Les signes d'alarme ovulaires, en particulier, l'excès de liquide, ont été observés précocement chez les femmes à diabète instable avec à-coups (26ème, 29ème, 29ème, 30ème, 33ème), que les éliminations aient été normales ou non, compensées ou non.
- Alors qu'ils ont été observés moins précocement dans les diabètes assez régulièrement équilibrés (34ème et 34ème semaines).
- Et qu'ils ont été observés plus tardivement dans les cas où le diabète avait été régulièrement équilibré (35ème, 35ème, 36ème, absents à la 40ème), que les éliminations hormonales aient été normales ou non, compensées ou non.

2°- Rôle fondamental devant lequel semble s'effacer un peu celui de l'insuffisance hormonale, donnée classique pourtant, et dont il serait intéressant de savoir si elle est aussi importante qu'on l'a dit.

On trouve en effet, moins constamment une relation entre les anomalies ovulaires et les éliminations hormonales, qu'entre le déséquilibre du diabète et les dites-anomalies.

3°- Le rôle paraissant peut-être quand même bienfaisant d'un traitement stéroïdien, même en l'absence de toute anomalie dans les éliminations hormonales.

AU TOTAL -

Les résultats obtenus dans l'association diabète et grossesse sont encourageants, puisque sur 22 cas, nous relevons 15 enfants vivants, alors même que 4 des femmes dont la grossesse s'est mal terminée, n'ont été vues dans le service que lors de l'accident.

Il reste bien entendu, que dans les circonstances actuelles la survenue d'une grossesse chez une diabétique ne cesse pas de poser de difficiles problèmes à l'accoucheur comme au diabétologue et au pédiatre.

La surveillance clinique régulière de la grossesse, une à deux fois par mois la recherche de signes de la série toxémique, et leur traitement éventuel, l'appréciation du volume foetal, de la quantité du liquide, des mouvements actifs et des bruits du coeur, de même que la surveillance des éliminations hormonales et la correction de leur trouble, voire un traitement stéroïdien systématique d'apport qui peut se discuter, restent des éléments trop connus, et trop bien codifiés, pour que nous y insistions ici.

De même, la nécessité d'une hospitalisation vers la 30ème ou 33ème semaine, pour faire un bilan et réaliser un meilleur contrôle du diabète en fin de grossesse.

Pour la décision à prendre, seuls le bilan et la surveillance assidue permettent d'agir au mieux des circonstances. Sachant que l'extraction prématurée est quasi systématique, seule la date reste à déterminer.

Les problèmes d'équilibration du diabète lors de la césarienne paraissent assez bien résolus : besoins énergétiques, meilleure tolérance aux sucres dans le post-partum immédiat qui oblige à diminuer les doses d'insuline après la césarienne, pour revenir plus ou moins rapidement à une tolérance d'un niveau variable.

Les progrès accomplis dans le traitement du nouveau-né issu de mère diabétique sont considérables, et il paraît souhaitable que cette surveillance soit confiée à des services spécialisés qui travaillent en équipe avec les services d'obstétrique et de diabétologie.

Mais il semble qu'à l'heure actuelle nous ne soyons pas loin d'obtenir un maximum difficile à améliorer sur le plan purement obstétrical, et que les améliorations pour l'avenir ne puissent être espérées que des diabétoques, dans la mesure où, tâche combien difficile, ils arriveront à équilibrer mieux et de façon plus permanente les diabétiques enceintes.

Il est vraisemblable que c'est dans cette direction que devront s'engager les recherches futures.

C O N C L U S I O N S

I - L'étude de l'activité obstétricale de la Maternité de la Pitié au cours de l'année 1965 nous a montré que pour

2.038 femmes hospitalisées

avec 1.569 accouchements :

1 - la mortalité maternelle a été de 1 cas, soit 0,06 %

2 - La morbidité maternelle a été de 35 cas, soit 0,22 %

- Pour les suites de couches

(Infections génitales	4 cas
(Hémorragies	5 cas
(Abscès du sein	1 cas
(Infections urinaires	12 cas
(Phlébites	6 cas
(Embolies	2 cas
(dont l'exitus)	

- Pour le post-partum

(Hémorragies	3 cas
(Abscès du sein	1 cas
(Nécrobiose aseptique d'un fibrome	1 cas

3 - La mortalité péri-natale a été de 65 cas, soit 4,1 %
répartis comme suit :

(Mort in utero	30 cas, soit 1,9 %
(Enfants prématurés	19 cas, soit :
(1,1 % de la mortalité globale,	
(mais 18 % des prématurés	
(Enfants nés au voisinage du terme	16 cas, soit 1 %

Ces résultats sont dans l'ensemble superposables à ceux des années précédentes, avec un net recul cependant de l'infection maternelle.

Malgré les efforts faits, le problème du prématuré reste un des plus délicats, et celui des altérations veineuses inapparentes un des plus angoissants de l'obstétrique actuelle.

II - Les études plus particulières effectuées dans le service ont porté sur :

- La prévention des interruptions précoces ou prématurées de la grossesse.
- La direction du travail préconisée par notre Maître, le Professeur Agrégé Jacques GRASSET.

Nous avons pu en apprécier les mêmes avantages et la même absence de retentissement foetal qu'au cours des 15 dernières années.

- La surveillance de la grossesse, qui a permis de réduire à des taux très bas les incidents de la maladie gravidique tardive, et de n'observer aucun accident maternel grave.
- Le problème des grossesses apparemment prolongées, qui reste à l'heure actuelle un des soucis quotidiens de l'accoucheur.
- Enfin, sur le problème de la grossesse survenant chez la diabétique :

En accord en cela avec les travaux récents, nous pensons que les progrès réalisés sont substantiels, mais encore insuffisants, et que seule la parfaite équilibration du diabète tout au long de la grossesse peut améliorer le pronostic foetal de cette redoutable association.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse
Professeur M. LACOMME

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.



EDITIONS A.G.E.M.P.

8 RUE DANTE

- PARIS V° -

ODÉ 58-90